



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

PERUSTERVEYDENHUOLLON PUHETERAPEUTTIIEN TYÖNKUVA LASTEN SYÖMISVAIKEUKSIEN HOIDOSSA

Alisa Haaman
Pro gradu -tutkielma
Logopedia
Lääketieteellinen tiedekunta
Helsingin yliopisto
Huhtikuu 2019

Ohjaaja: Kaisa Launonen



Tiedekunta Lääketieteellinen tiedekunta	Laitos
Tekijä Alisa Haaman	
Työn nimi Perusterveydenhuollon puheterapeuttien työnkuva lasten syömisvaikeuksien hoidossa	
Oppiaine Logopedia	
Työn laji / Ohjaaja Pro gradu -tutkielma / Kaisa Launonen	Aika Huhtikuu 2019
Sivumäärä 73 sivua + 3 liitettä	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tavoitteet. Lasten syömisvaikeudet ovat monimuotoisia kokonaisuuksia, jotka kuormittavat monin eri tavoin lapsen ja perheen elämää. Aiemmat tutkimukset ovat tarkastelleet vanhempien kokemuksia ja syömisvaikeuksien hoitoa erikoissairaanhoidossa, eikä tutkimusta perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkökulmasta ole tehty. Syömisvaikeuksien ilmaantuvuuden arvioidaan olevan kasvussa, ja syömisongelmaisia lapsia ohjautuu todennäköisesti yhä enemmän perusterveydenhuoltoon. Hoito vaatii moniammatillista yhteistyötä, mutta yhteiset työkäytännöt kuitenkin puuttuvat. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, millaisia lasten syömisvaikeuksia perusterveydenhuollossa työskentelevät puheterapeutit kohtaavat ja millaisia näkemyksiä ja kokemuksia heillä on moniammatillisesta työskentelystä ja omista valmiuksistaan. Lisäksi selvitettiin puheterapeuttien käyttämiä arvioinnin ja lähiympäristön ohjauksen keinoja. Kiinnittämällä huomiota puheterapeuttien kokemuksiin lasten syömisvaikeuksista ja niiden hoidosta voi olla mahdollista kehittää työkäytännöitä yhä toimivammiksi.</p> <p>Menetelmä. Tutkimuksen laadullinen aineisto kerättiin puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilta. Haastatteluihin osallistui seitsemän perusterveydenhuollossa työskentelevää puheterapeuttia, joilla oli ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana asiakkanaan syömisongelmaisia lapsia. Haastateltavien työkokemuksen määrä perusterveydenhuollossa vaihteli 1–25 vuoden välillä. Haastattelun teemat muodostettiin aiemman tutkimuskirjallisuuden perusteella. Haastattelut toteutettiin marras- ja joulukuussa 2018. Haastattelut äänitettiin ja litteroitiin Word-tiedostoiksi, jotka analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Aineiston sisältö ryhmiteltiin teemoiksi ja tuloksia tarkasteltiin aiemman tutkimus- ja kirjallisuustiedon valossa.</p> <p>Tulokset ja johtopäätökset. Tämän tutkimuksen perusteella perusterveydenhuollon puheterapeuttien työnkuva lasten syömisvaikeuksien hoidossa on monipuolinen. Työskentely vaatii kykyä huomioida useita eri osa-alueita ja erityispiirteitä verrattuna moniin muihin asiakasryhmiin. Arvioinnista ja kuntoutukseltaessa työn haastavat piirteet nousivat esille. Työskentelyä haastavat lasten monimuotoiset oirekuvat, monikulttuuristen ja -kielellisten perheiden kanssa työskentely, oma epävarmuus ja yhteisten työkäytäntöiden puuttuminen. Tärkeimpinä valmiutta kehittävinä tekijöinä haastateltavat korostivat työkokemusta, moniammatillista yhteistyötä, kollegoiden konsultointia ja täydennyskoulutuksia. Tulosten perusteella voidaan todeta, että perusterveydenhuollossa puheterapeutti on yksi lasten syömisvaikeuksien hoidon keskeisimmistä ammattilaisista, mutta eri ammattiroolien työnjakoa tulisi selkeyttää. Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että moniammatillisella yhteistyöllä on positiivinen vaikutus sekä perheen tukemiseen että puheterapeuttien kokemaan työskentelyvalmiuteen. Perusterveydenhuollossa voidaan vaikuttaa positiivisesti lapsen syömisongelmiin ja tukea perheen hyvinvointia. Vastuullinen työ vaatii puheterapeutilta aktiivista perehtymistä ja oman ammattiosaamisen ylläpitoa sekä kliinisen että teoreettisen tiedon avulla.</p>	
Avainsanat lasten syömisvaikeudet, puheterapia, kokemukset, perusterveydenhuolto, haastattelututkimus	
Säilytyspaikka Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet) <i>ethesis.helsinki.fi</i>	



Faculty Faculty of Medicine		Department	
Author Alisa Haaman			
Title Speech and language pathologists' work in primary healthcare with children with feeding difficulties			
Subject Logopedics			
Level / Instructor Master's Thesis / Kaisa Launonen		Month and year April 2019	Number of pages 73 pp. + 3 appendices
<p>Abstract</p> <p>Aims and objectives. Feeding difficulties are complex and multifactorial disorders that cause multiple challenges for children and their families. Previous studies have focused on parents' experiences and treatment in specialised healthcare, but speech and language pathologists' perspectives in the primary healthcare have not been studied. The incidence of feeding difficulties is expected to increase and the number of children with feeding difficulties is likely to increase in primary healthcare. The intervention requires multidisciplinary collaboration. However, clinicians across disciplines lack common working practices. The objective of this study was to increase the knowledge about feeding difficulties that speech and language pathologists encounter in primary healthcare. The aim was also to describe speech and language pathologists' experiences and perspectives on multidisciplinary work and their readiness to work with the children. In addition, the assessment and intervention methods they use were studied. Therefore, it would be possible to pay more attention to the experiences of speech and language pathologists and to create more functional working practices based on these experiences.</p> <p>Method. The method in this qualitative study was a semi-structured interview. Seven speech and language pathologists working in primary healthcare were interviewed for the study, and they all had worked children with feeding difficulties in the past year. Speech and language pathologists' work experience in primary healthcare varied from 1 to 25 years. Themes for the interview were formed based on the previous research. The interviews were carried out in November and December 2018. The interviews were recorded and transcribed into Word-files, and the data were analysed using content analysis. The data were divided into thematic groups and the results were examined in the light of earlier studies and literature.</p> <p>Results and conclusions. Based on this study, speech and language pathologists' work with children with feeding difficulties is diverse in primary healthcare. Work requires the ability to detect several different areas and special features compared to many other disorders. When talking about assessment and intervention during the interviews, speech and language pathologists did point out various challenges. Complexity of feeding disorders, working with multilingual and multicultural families, speech and language pathologists' insecurity and lack of common working practices hinder the work. The most important factors developing their readiness were work experience, multidisciplinary collaboration, collegial support and additional education. The findings of this study indicate that the speech and language pathologist working in primary healthcare play a major role in the treatment of children with feeding difficulties but the division of disciplines should be clearer. This study suggests that multidisciplinary collaboration has a positive effect on supporting the family and work readiness of speech and language pathologists. Feeding difficulties can be positively affected in primary healthcare and family welfare can also be supported. Due to the responsibility of speech and language pathologists' work, active learning and maintaining professional skills with the help of clinical and theoretical knowledge are required.</p>			
Keywords feeding difficulties, pediatric dysphagia, speech and language therapy, experiences, primary healthcare, semi-structured interview			
Where deposited Helsinki University Library– Helda / E-thesis (Master's Thesis) <i>ethesis.helsinki.fi</i>			

Lämmin kiitos Kaisa Launoselle kannustavasta ohjauksesta.

Ystävilleni sydämellinen kiitos tuesta, käytännön avusta
ja kannustavista sanoista.

Tutkimukseen osallistuneille puheterapeuteille suuret kiitokset
kokemusten jakamisesta ja innostamisesta.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	SYÖMISEN KEHITYS JA SYÖMISVAIKEUDET.....	3
2.1	Syömistaitojen varhaiskehitys.....	3
2.2	Lasten syömisvaikeudet.....	5
2.2.1	Syömisvaikeuksien riskietiologia.....	6
2.2.2	Syömisvaikeuksien ilmenemismuodot	7
2.2.3	Syömisvaikeuksien vaikutukset.....	9
2.3	Ympäristön merkitys syömisessä.....	10
3	LASTEN SYÖMISVAIKEUKSIEN ARVIOINTI JA KUNTOUTUS.....	13
3.1	Syömisvaikeuksien puheterapeuttinen arviointi.....	14
3.2	Puheterapeuttinen syömiskuntoutus.....	16
3.3	Moniammatillisuus.....	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	21
5	TUTKIMUSMENETELMÄ.....	22
5.1	Haastateltavat.....	22
5.2	Aineiston keruu.....	23
5.3	Aineiston käsittely ja analyysi.....	25
6	TULOKSET.....	27
6.1	Lasten syömisvaikeudet perusterveydenhuollossa.....	27
6.2	Lasten syömisvaikeuksien puheterapeuttinen arviointi.....	30
6.3	Lapsen lähiympäristön ohjaus.....	32
6.4	Moniammatillisuus ja puheterapeutin rooli.....	38
6.5	Puheterapeuttien valmiudet ja osaamisen kehittäminen.....	41
7	POHDINTA.....	45
7.1	Tulosten pohdinta.....	45
7.2	Menetelmän pohdinta.....	53
7.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	57
	LÄHTEET.....	60
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Syöminen on tapahtumasarja, joka muodostuu useista eri toiminnoista. Vaikka syömis-
sen keskeinen tarkoitus on ravinnonsaanti ja hengissä säilyminen, on se tapahtumana
paljon rikkaampi (Morris & Klein, 2000). Ravitsemuksellisten tarpeiden täyttämisen
lisäksi syömiseen liittyy lukuisia fyysisiä, emotionaalisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia.
Syömistaitojen kehitys on monimutkainen prosessi, joka rakentuu lapsen ja vanhemman
vuorovaikutukselle (Arvedson & Brodsky, 2002). Varhaiset syömiseen liittyvät taidot
ovat tärkeitä lapsen kehityksessä, ja mikäli ne jäävät saavuttamatta, saattavat vaikutuk-
set olla merkittäviä ja pitkäaikaisia (Rommel, De Meyer, Feenstra & Veereman-
Wauters, 2003). Vaikeuksien varhainen tunnistaminen ja kuntouttaminen on tärkeää,
sillä vaikutukset voivat heijastua lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen, ravitsemuk-
seen, hyvinvointiin sekä vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen (Arvedson
& Brodsky, 2002; Udall, 2007).

Lasten syömisvaikeuksien ilmaantuvuuden arvioidaan olevan koko ajan kasvussa (Bell
& Alper, 2007). Tavanomaisesti kehittyvillä lapsilla syömisvaikeuksien esiintyvyydeksi
on arvioitu 20–50 prosenttia (Lefton-Greif, 2008; Mäntymaa, Luoma & Puura, 2013;
Zimmerman, 2016). Edistyneen lääketieteen ja sairaanhoidon myötä yhä vakavammin
sairaat ja ennenaikaisesti syntyvät lapset selviytyvät hengissä entistä parempikuntoisina
(Lefton-Greif, 2008). Näillä lapsilla syömisvaikeusriski on suuri, sillä tutkimusten mu-
kaan erilaisiin kehitysvaikeuksiin liittyy 40–90 prosentilla syömisongelmia (Bryant-
Waugh, Markham, Kreipe & Walsh, 2010; Fischer & Silverman, 2007; Kleinert, 2017).
Arviot esiintyvyydestä vaihtelevat monimuotoisten oirekuvien ja vaihtelevien työikäy-
tanteiden vuoksi (Arvedson, 2008; Lefton-Greif, 2008). Syömisongelmien yleistyessä
on kuitenkin todennäköistä, että puheterapeuteille ohjautuu yhä enemmän lapsia, joilla
ilmenee erilaisia syömisvaikeuksia.

Tieteellisessä keskustelussa käytetään termiä *pediatrinen dysfagia* (engl. *pediatric dysphagia*) kuvaamaan lapsen syömisessä ja nielemisessä ilmeneviä ongelmia (Miller &
Willging, 2003). Termillä *dysfagia* voidaan viitata pelkkään nielemisen häiriöön, minkä
takia tässä tutkimuksessa käytetään selvyiden vuoksi termiä *lasten syömisvaikeudet* tai
syömisongelmat. Näillä termeillä tarkoitetaan lapsen suun kautta syömiseen liittyviä

imemisen, ruoan ottamisen, pureskelemisen ja/tai nielemisen vaikeuksia (Kettunen, n.d.). Englanninkielisessä kirjallisuudessa yleisessä käytössä on myös termi *feeding disorder* (= ”syöttämishäiriö”), joka korostaa syömiseen ja sen vaikeuksiin liittyvää vuorovaikutuksellisuutta (Mäntymaa ym., 2013; Rudolph & Link, 2002). Termi on erotettava mielenterveydellisistä *syömishäiriöistä* (engl. *eating disorder*), jotka kuuluvat omaan häiriöryhmäänsä.

Koska syöminen on monimutkainen prosessi, eivät siinä ilmenevät vaikeudetkaan ole yksiselitteisiä eivätkä selkeästi erotettavissa toisistaan. Monipuolisten ilmenemismuotojensa takia lasten syömisvaikeuksien hoito edellyttää moniammatillista työryhmää (Kakodkar & Schroeder, 2013). Yhteiset työkäytännöt kuitenkin puuttuvat, ja tutkimustietoa kaivataan lisää, jotta eri ammattiryhmien roolit selkiintyisivät (Bryant-Waugh ym., 2010; Kreipe & Palomaki, 2012). Puheterapeutit ovat olleet jo vuosikymmenien ajan keskeisimpiä lasten syömisvaikeuksien hoidon ammattilaisia (Arvedson & Lefton-Greif, 2017). Puheterapeutin työnkuvaan kuuluu arvioinnin ja kuntoutuksen lisäksi syömiseen liittyvän vuorovaikutuksen huomiointi (Capilouto, 2007; Heikkinen, Lainio, Piirto & Raveikko, 2009). Aiemmat tutkimukset ovat keskittyneet tarkastelemaan lasten syömisvaikeuksien parissa työskentelyä erikoissairaanhoidon ja moniammatillisen yhteistyön kannalta (esim. Clawson & Elliott, 2014; Miller ym., 2001), mutta perusterveydenhuollon näkökulmasta aihetta ei ainakaan Suomessa ole tutkittu.

Lasten syömisvaikeudet vaikuttavat monin eri tavoin koko perheen vuorovaikutukseen ja hyvinvointiin (Greer, Gulotta, Masler & Laud, 2008). Tietoisuus syömisongelmista on kasvanut viime vuosikymmenten aikana, ja aihe on ollut yhä enemmän esillä niin tutkimuskirjallisuudessa kuin ammattilaisten ja perheiden välisessä keskustelussakin (Kakodkar & Schroeder, 2013; Miller, 2009). Lasten syömiskasvatus ja -ongelmat ovat nousseet esille myös mediassa yhä laajemmin (esim. MTV uutiset, 2014; Näveri, 2015; Tommola, 2015). Vaikka tutkimusten määrä on kasvanut, aiheesta tarvitaan edelleen monipuolista ja näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Tässä tutkimuksessa pyritään kartoittamaan, millainen perusterveydenhuollon puheterapeutin työnkuva ja rooli lasten syömisvaikeuksien hoidossa on. Perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkemysten selvittäminen voi auttaa hahmottamaan ja pohtimaan terveydenhuollon työkäytänteitä sekä ymmärtämään logopedisen osaamisen merkitystä lasten syömisvaikeuksien hoidossa yhä paremmin.

2 SYÖMISEN KEHITYS JA SYÖMISVAIKEUDET

Syömistapahtumaan liittyy ennakkointia, ruoan ottamista, käsittelyä ja sen kuljettamista kohti ruoansulatuskanavaa (Delaney & Arvedson, 2008). Tämä moniosainen tapahtumasarja edellyttää useiden eri rakenteiden ja toimintojen koordinoitua yhteistoimintaa (Haapanen & Markkanen-Leppänen, 2013; Thoyre, Shaker & Pridham, 2005), ja sitä pidetäänkin tärkeimpänä kaikista taidoista, jotka pieni lapsi oppii ja omaksuu (Babbitt ym., 1994). Suurella osalla lapsista syömiseen liittyvä kehitys etenee luontevasti kehitysaskeleista toisiin (Birch, Savage & Ventura, 2007; Bruns & Thompson, 2010). Kehitystä turvaa huolehtiva ja vuorovaikutuksellinen ympäristö (Arvedson & Brodsky, 2002).

Syömiseen tarvittavien taitojen on syntymästä lähtien muututtava lapsen kasvun mukana ja sopeuduttava erilaisiin muutoksiin (Hall, 2001; Törölä, 2013). Suurimmalla osalla lapsista syömistaidot, kuten imemisen, nielemisen ja hengityksen koordinaatio, muuttuvat nopeasti tehokkaiksi ja takaavat turvallisen syömisen (Cooper, Bilker & Kaplan, 2010). Syömissmallin kehittyminen ja syömistaidot voivat häiriintyä useasta eri syystä, jotka vaikuttavat syömistilanteiden sujuvuuteen, vuorovaikutukseen tai suun alueen toimintaan. Nieleminen voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen: oraaliseen valmisteluvaiheeseen, oraaliseen vaiheeseen, faryngeaaliseen vaiheeseen ja esofageaaliseen vaiheeseen (Kakodkar & Schroeder, 2013; Rogers & Arvedson, 2005). Lapsella voi ilmetä haasteita yhdessä tai useammassa vaiheessa (Miller & Willging, 2003). Syömisongelmien taustasyyt, ilmenemismuodot, vaikeusasteet ja vaikutukset lapsen ja perheen elämään vaihtelevat paljon (Rommel ym., 2003). Monimuotoisuutensa takia syömisvaikeuksia ei voidakaan luokitella yksittäisiksi diagnooseiksi, vaan kyse on aina yksilöllisestä kokonaisuudesta (Miller & Willging, 2003).

2.1 Syömistaitojen varhaiskehitys

Syöminen ja nieleminen ovat ihmisen varhaisimpia ja monimutkaisimpia taitoja (Heimo, Norberg-Haggren & Paloheimo, 2004; Ramsay & Gisel, 1996). Syömiseen liittyvien toimintojen kehitys alkaa jo sikiönkehityksen varhaisvaiheessa ja jatkuu ensim-

mäisten lapsuusvuosien ajan (Delaney & Arvedson, 2008). Ensimmäisten kuukausien aikana vauvan syöminen on kokonaisvaltaista ja riippuu täysin ympäristön ihmisten tarjoamasta tuesta (Arvedson & Brodsky, 2002). Aluksi lapsen syömismalli tarkoittaa vain nestemäisen ravinnon refleksinomaista imemistä (engl. *suckling*) ja nielemistä (Carruth, Ziegler, Gordon & Barr, 2004). Oraalimotoriikan kehitys vaikuttaa siihen, millaiset ruoan koostumukset ovat lapsen syömistaidoille sopivia (taulukko 1). Lapsen kasvaessa oraalimotoriset taidot kehittyvät ja ruokavalioon voidaan lisätä kiinteämpiä ja karkeampia ruokia (Birch ym., 2007). Vaihtelevat rakenteet ja koostumukset saavat aikaan uusia sensomotorisia kokemuksia suun alueelle (Haapanen & Markkanen-Leppänen, 2013). Kypsymisen myötä lapsi siirtyy neuraalisista, refleksivälitteisistä toiminnoista kohti tahdonalaisempia syömistaitoja, kuten jäsentynyttä imemistä (engl. *sucking*), jotka vahvistavat suun alueen sensomotoriikkaa (Kakodkar & Schroeder, 2013).

Lapsen syömistavat kehittyvät huomattavasti ensimmäisten ikävuosien aikana kohti omatoimista syömismallia (Ramsay, 2004; Törölä, 2013). Suun alueen kokonaisvaltaiset liikemallit ja refleksit väistyvät vähitellen eriytyneiden ja tahdonalaisten syömistaitojen tieltä (Haapanen & Markkanen-Leppänen, 2013). Kehitykseen vaikuttavat useat eri osa-alueet, kuten synnynnäiset mekanismit, temperamentti ja ympäristötekijät (Bryant-Waugh ym., 2010; Feldman, Keren, Gross-Rozval & Tyano, 2004; Morris & Klein, 2000). Syömiseen liittyvä motorinen kehitys mahdollistaa ympäristön tutkimisen ja uusiin syömistapoihin tutustumisen. Totutellessaan esimerkiksi lusikan ja kupin käyttöön lapsi tarkkailee muiden tapoja syödä ja oppii uusia ruokailumahdollisuuksia (Morris & Klein, 2000). Samalla hän oppii kontrolloimaan syömisasentoaan ja omaksuu laajan valikoiman erilaisia ruoka-aineita (Babbitt ym., 1994). Syömismallien kehityksessä on yksilöllistä vaihtelua, ja eri vaiheet kehittyvät osittain samanaikaisesti. Syömistaitojen sekä puheen ja kielen kehityksen myötä myös ruokailun aikainen vuorovaikutus muuttuu ja nousee yhä keskeisemmäksi, kun lapsi pystyy osallistumaan ja vaikuttamaan yhä enemmän yhteisiin ruokailuhetkiin (Udall, 2007).

Taulukko 1. *Lapsen syömistaitojen varhaiskehitys 0–24 kuukauden iässä.*

<i>Ikä (kk)</i>	<i>Ravinto</i>	<i>Syömistavat ja oraalimotoriikka</i>	<i>Ruokailun merkitys ja muut syömistaidot</i>
0–4	- Äidinmaito / korvike	- Hamuamisrefleksi (<i>rooting reflex</i>) - Refleksinomainen imeminen (<i>suckling</i>)	- Vuorovaikutus ja läheisyys korostuu - Nälkä-kylläisyys -akseli kehittyy - Syömisrytmi lapsen mukainen
5–6	- Äidinmaito / korvike, soseet ja puurot - Lusikkaruokailu - Herkkyyksikausi kiinteän ruoan totutteluun	- Jäsentynyt imeminen (<i>sucking</i>) - Laajat kielen liikeradat - Suun alueen kontrolli kehittyy - Ympäristön tutkiminen suun avulla: vie sormia ym. suuhun	- Muiden syöttäjien kuin vanhempien vierastaminen - Lusikan tunnistaminen ja sen tavoittelu nälkäisenä
7–9	- Äidinmaito / korvike, monipuoliset soseruoat ja puurot - Ruoan koostumus karkeutuu - Lusikka- ja sormi- ruokailu	- Varhaiset refleksit häviävät - Imemisen muodot sekoittuneet toisiinsa - Yhä eriytyneempi suun toiminta (huulet/leuka/kieli) - Yökkäysrefleksi lieventyy - Pureskelutaidot alkavat kehittyä	- Osallistuminen yhteiseen ruokailuun syöttötuolissa - Pillillä imeminen - Mukin käytön opettelu - Käsien motorikka kehittyy ruokailussa (esim. pullon pitely käsissä, ruoan siirtäminen kädestä toiseen)
10–12	- Ruokavalio laajenee, kaikkiin ruoka-aine- ryhmiin tutustuminen - Lusikka- ja sormi- ruokailu	- Suun liikkeiden koordinaatio yhä kehittyneempi - Pureskelussa ”mussuttava” liike ja leuan rotaatioliike	- Ruokailu yhdessä muun perheen kanssa, itsenäinen istuminen syöttötuolissa - Halu oppia syömään itse - Kupista juominen
13–24	- Koko perhe syö suurelta osin samaa ruokaa - Monipuoliset ruoan koostumukset	- Pureskeluharjoituksia erilaisilla ruoan koostumuksilla - Suun alueen toiminta eriytynyt, aktiivinen ja kontrolloitu (esim. huulion sulun hallinta) - Niellessä kielen kärki nousee ylös - Nopeat ja laajat kielenliikkeet, ruoan liikuttelua suussa - Ääntämisen, nielemisen ja hengityksen koordinaatio kehittyy - Varsinainen juominen kehittyy	- Ruokailutilanteessa keskittyminen syömiseen - Itsenäisyys korostuu - Säännöllinen ateriaritmi tärkeä - Kupista ja pullosta juominen - Erilaisten liikkeiden kokeilu (esim. lusikan pureminen) - Ruokailuvälineiden käyttö kehittyy hiljalleen vakiintuneeksi ja itsenäiseksi

Arvedson & Brodsky (2002); Bruns & Thompson (2010); Carruth & Skinner (2002); Hall (2001); Morris & Klein (2000); Udall (2007). Koostanut A. Haaman (2019).

2.2 Lasten syömisvaikeudet

Syömisvaikeuksien määrittelyä vaikeuttavat eri ikävaiheisiin liittyvä yksilöllinen kehitys ja vaikeuksien kontekstisidonnaisuus (Luoma, Mäntymaa & Tamminen, 2000). Vaihtelevien ilmenemismuotojen vuoksi yhtenäistä syömisvaikeuksien luokittelujärjestelmää ei ole olemassa (Benjasuwantep, Chaithirayanon & Eiamudomkan, 2013). Haastava erityispiirre on myös vaikeuksien kytkeytyminen vuorovaikutukseen ja läheisiin ihmissuhteisiin (Luoma ym., 2000). Maailman terveysjärjestön (WHO) kansainvälinen

ICD-10 -tautiluokitus määrittelee sairaudet tai vammat niiden etiologisen taustan perusteella (THL, 2013), mutta syömisvaikeuksien luokittelussa sitä pidetään puutteellisena (Bryant-Waugh, 2010; Mäntymaa ym., 2013; Uher & Rutter, 2012). Nykyiseen ICD-10 -tautiluokitukseen ei sisälly useita lasten syömisvaikeuksiin liittyviä ilmenemismuotoja, eikä se huomioi vaikeuksien kokonaisvaltaisuutta. Koska luokituksen on todettu olevan niin kliinisessä työssä kuin tutkimuksissakin epäyhtenäinen ja vaikeasti sovellettavissa, lasten syömisongelmia on pyritty ryhmittelemään esimerkiksi niiden taustasyiden ja oirekuvien mukaan ilman varsinaista kansainvälistä luokittelujärjestelmää (Mäntymaa ym., 2013; Uher & Rutter, 2012).

2.2.1 Syömisvaikeuksien riskietiologia

Lasten syömisvaikeuksien taustalla voi olla lukuisia eri syitä, joten vaikeudet muodostavat laajan ja heterogeenisen ryhmän (Arts-Rodas & Benoit, 1998), eivätkä tutkijat ole yksimielisiä niiden määrittelystä. Syömisvaikeuksien taustasyitä luokitellaan esimerkiksi lääketieteellisin, kehityksellisin, ravitsemuksellisin, sensomotorisin ja ympäristötekijöihin liittyvin perustein (mm. Bernard-Bonnin, 2006; Kakodkar & Schroeder, 2013; Kleinert, 2017). Jakoa joko orgaanisiin tai ei-orgaanisiin taustasyihin ei suositella, sillä syöminen on kokonaisuus, johon liittyy aina sekä biologinen että behavioraalinen puoli (Burklow, Phelps, Schultz, McConnell & Rudolph, 1998; Rommel ym., 2003). Syömisongelmia on luokiteltu myös suun alueen toiminnan (Rommel ym., 2003), lapsen käyttäytymisen (Bernard-Bonnin, 2006) tai syntymekanismin (synnynnäiset vs. hankitut; Miller, 2009) mukaan. Varhaisiin syömistaitoihin ja niiden kehitykseen sekä syömisvaikeuksien syntyyn vaikuttavat syyt ovat usein rinnakkaisia ja päällekkäisiä, minkä takia jaottelut eivät ole yksiselitteisiä (Field, Garland & Williams, 2003; Kerzner, 2009). Rommelin työryhmä (2003) tutki 700 lapsen syömisvaikeuksien taustasyitä ja havaitsi, että yli puolella vaikeuksien taustalla oli useampi kuin yksi selittävä tekijä (lääketieteellinen/oraalinen/behavioraalinen).

Osalla lapsista syömisvaikeuksia esiintyy ilman lääketieteellisiä diagnooseja (Prasse & Kikano, 2009), mutta tutkimusten mukaan syömisvaikeudet ovat yleisimpiä terveysongelmia lapsilla, joilla on jonkinlainen erityinen kehityshäiriö tai lääketieteellinen riskietiologia (Field ym., 2003; Rommel ym., 2003). Lääketieteellisiä syitä syömisvaikeuksien taustalla ovat muun muassa rakenteelliset poikkeavuudet esimerkiksi suun,

nielun tai ruokatorven alueella, neurologiset kehityshäiriöt ja vammat, älyllinen kehitysvammaisuus, neuromuskulaariset häiriöt, ruoansulatuskanavan häiriöt, sydänviat ja hengityselinsairaudet (Bernard-Bonnin, 2006; Hall, 2001; Udall, 2007). Yleisesti tunnettuja riskitekijöitä ovat erityisesti keskosuus, CP-vammat, autismikirjon häiriöt sekä huuli- ja/tai suulakihalkiot (Adams-Chapman, Bann, Vaucher & Stoll, 2013; Arvedson, 1996; Prasse & Kikano, 2009; Törölä, 2013).

Syömisen haasteet voivat olla joko eri häiriöiden seurauksia tai muiden ongelmien ensisijaisia syitä (Arvedson & Brodsky, 2002). Syömistä vaikeuttavia syitä ovat muun muassa suun alueen motoriikkaan, sensoriikkaan tai koordinaatioon liittyvät häiriöt, itsesääätelyvaikeudet, temperamentti ja ympäristötekijät (mm. Bryant-Waugh ym., 2010; Field ym., 2003; Mäntymaa ym., 2013). Syömiseen liittyvät stressaavat kokemukset ja ympäristötekijät voivat vaikuttaa lapsen mukautuviin hermoverkkoihin siten, että hän ei kiinnostu syömisestä ja alkaa vältellä sitä (Thoyre, 2007). Traumaattiset kokemukset, esimerkiksi pakkosyöttäminen, kivuliaat suun alueen toimenpiteet tai voimakkaat oksenteluoireet, saattavat aiheuttaa lapselle syömisongelmia (Arts-Rodas & Benoit, 1998; Merras-Salmio, Tukkola, Strengell & Ashorn, 2014; Rudolph & Link, 2002). Erityisesti letkuravitsemuksen on todettu häiritsevän syömistaitojen kehitystä, sillä suun alueen sensomotoriset kokemukset jäävät vähäisiksi (Kleinert, 2017). Letkuravitsemuksen takia lapsi ei välttämättä opi tuntemaan nälän ja kylläisyyden tunnetta, minkä takia käsitys ruoasta, oraalimotoriikan kehitys ja syömisen opettelu häiriintyvät (Arvedson & Brodsky, 2002; Hall, 2001; Miller, 2009).

2.2.2 Syömisvaikeuksien ilmenemismuodot

Lasten syömisen ongelmat voivat näkyä monin tavoin esimerkiksi suun alueen sensomotoriikassa, nielemisen eri vaiheissa tai käyttäytymisessä. Vaikeudet eivät rajoitu vain yhteen ilmenemismuotoon vaan ovat usein yhteydessä toisiinsa muodostaen laajemman häiriökuvan (Kerzner, 2009). Ilmiasut ja vaikeusasteet vaihtelevat yksilöllisesti, ja saattavat muuttaa muotoaan lapsen kehittyessä. Selkeitä syömisvaikeuksien tunnusmerkkejä ovat yökkääminen, oksentelu, tukehtuminen sekä aspiraation merkit eli voimakas yskäminen ja kakominen (Arvedson, 1996; Prasse & Kikano, 2009). Aspiraation, eli ruoan kulkeutumisen henkitorveen, riskiä lisäävät suun alueen koordinaatiovaikeudet ja ruoan

käsittelyyn osallistuvien lihasten heikkous (Rudolph & Link, 2002; Tutor & Gosa, 2012).

Oraalmotoriikan ongelmat vaikuttavat tyypillisesti syömistaitoihin (Field ym., 2003). Lapsi ei välttämättä vierasta ruoan saamista suuhun, muttei osaa käsitellä sitä suun alueen heikon lihasvoiman, koordinaatiovaikeuksien tai rajoittuneiden liikeratojen takia (Kerzner ym. 2015; Kleinert, 2017). Tämä voi näkyä esimerkiksi kuolaamisena, ruoan valumisena suupielistä ja pureskeluvaikeuksina (Bryant-Waugh ym., 2010; Field ym., 2003). Jo ensimmäisten elinkuukausien aikana vauvan imemisvaikeudet ja heikko imuvoima voivat olla oraalmotorisen syömisvaikeuden varhaisia tunnusmerkkejä (Maldonado-Duran ym., 2008; Ramsay & Gisel, 1996; Törölä, 2013). Viivästynyt karkea- ja hienomotoriikan kehitys voi olla yhteydessä epäkypsään oraalmotoriikkaan (Carruth & Skinner, 2002). Kun motoriset taidot kehittyvät tavallista hitaammin, vie myös siirtymisen soseruuista kiinteämpiin pidemmän aikaa (Kettunen, n.d.). Vakava-asteiset oraalmotoriset vaikeudet liittyvät tavallisesti moniin neurologisiin sairauksiin, jolloin lapsen ravinnonsaannin turvaamiseksi saatetaan aloittaa letkuravitseminen, kuten nenä-mahaletku tai gastrostooma (PEG-letku/-nappi) (Merras-Salmio ym., 2014; Rommel ym., 2003). Letkuravitsemuksesta vieroittaminen vaatii ympäristön tukea ja tavallisesti syömiskuntoutusta, jos erilaisiin ruokiin totuttelun ja oraalmotoriikan kehityksen herkkyyksikaudet (taulukko 1) on ohitettu (Mason, Harris & Blissett, 2005; Merras-Salmio ym., 2014; Miller, 2009).

Poikkeava suun alueen sensoriiikka johtaa usein syömisen ongelmiin (Thompson, Bruns & Rains, 2010). Jos suun alue on aliherkkä eli hyposensitiivinen, lapsi saattaa hakea suun alueelle ärsytystä esimerkiksi mausteisista ruuista, hyvin karkeista koostumuksista tai varastoimalla suunsa täyteen ruokaa saadakseen tuntoaistimuksia (Kerzner ym., 2015; Thompson ym., 2010). Suun alue voi olla myös päinvastoin yliherkkä eli hypersensitiivinen, mikä tyypillisesti johtaa valikoivaan syömiseen ja erityisesti kiinteiden ruokien välttelyyn (Maldonado-Duran ym., 2008; Thompson ym., 2010). Lapsi valikoi ruokaa esimerkiksi sen maun, hajun tai rakenteen takia (Benjasuwantep ym., 2013; González & Stern, 2016; Kleinert, 2017). Valikoivuus on tyypillisintä ensimmäisen ikävuoden aikana, jolloin lapsen pitäisi oppia uusia makuja ja totutella erilaisiin ruoan koostumuksiin (Taylor, Wernimont, Northstone & Emmett, 2015). Hypersensitiivisyys voi ilmetä tavallista herkempänä yökkäysrefleksinä, tuntoaistimusten välttelynä ja levot-

tomuutena (Arvedson & Brodsky, 2002). Lievällä valikoivuudella tarkoitetaan ”nirsoutta”, jonka ilmeneminen lapsilla on tavallista (Kerzner ym., 2015; Mäntymaa ym., 2013). Kyseessä on varsinainen syömisvaikeus, kun ruokavalio rajoittuu vain muutamaa ruoka-aineeseen. Esimerkiksi jos lapsilla on autismikirjon häiriö, heistä noin 90 prosentilla on syömisvaikeuksia, joista suurimman osan taustalla on voimakasta valikoivuutta (Volkert & Petula, 2010). Valikoivan syömisen syiden erottaminen voi olla haastavaa, sillä taustalla saattaa olla sekä sensorisia ongelmia että motorista epäkypsyyttä (Kerzner ym., 2015).

Behavioraaliset syömisvaikeudet ilmenevät esimerkiksi lapsen poikkeavana syömisikäyttäytymisenä ja vuorovaikutusongelmina (Mäntymaa ym., 2013; Sanders, Patel, Le Grice & Shepherd, 1993). Vaikeuksien taustalla ovat tyypillisesti suun alueen sensomotoriset ongelmat, kehitykselliset vaikeudet, aikaisemmat syömiskokemukset ja vuorovaikutuspulmat (Benoit, 2009; Thompson ym., 2010). Epätyypillisen syömiskäyttäytymisen ilmenemismuotoja ovat esimerkiksi syömisestä kieltäytyminen, välinpitämättömyys syömistä kohtaan, vähäinen ruokahalu, uneliaisuus, syömisen pelko ja raivokohaukset (Bryant-Waugh ym., 2010; Maldonado-Duran ym., 2008; Sanders ym., 1993). Ruokailu saattaa kestää tavanomaista pidempään tai keskeytyä toistuvasti (Arvedson, 1996). Lapsi voi olla hyvin levoton, itkuinen ja turhautunut, mikä taas vaikuttaa ruokailun ilmapiiiriin ja vanhempien toimintaan (González & Stern, 2016; Sanders ym., 1993).

2.2.3 Syömisvaikeuksien vaikutukset

Lasten syömisvaikeudet voivat vaikuttaa monin eri tavoin lapsen ja perheen elämään, vuorovaikutukseen sekä lapsen kehitykseen ja kasvuun (Bruns & Thompson, 2010; Kreipe & Palomaki, 2012). Pahimmillaan seuraukset voivat johtaa lapsen painonnousun hidastumiseen, aliravitsemukseen tai aspiraatiokeuhkokuumeeseen (Lefton-Greif & Arvedson, 2016; Prasse & Kikano, 2009). Motionin, Northstonen ja Emondin (2001) tutkimuksessa havaittiin, että vauvojen pitkittyneillä syömisvaikeuksilla oli selkeä yhteys motorisiin, kielellisiin ja käyttäytymisen ongelmiin 15 kuukauden iässä. Myös Adams-Chapmanin työryhmän (2013) tutkimilla 193 keskosella, jolla oli syömisvaikeuksia, todettiin 18 kuukauden iässä selkeä viivästyneen kielen kehityksen riski. Jos lapsi hyväksyy vain nestemäistä ravintoa, eivät oraalimotoriset taidot, kuten pureskelu, pääse kehittymään (Kreipe & Palomaki, 2012). Syömiseen liittyvän oraalimotoriikan ajatellaan

valmistelevan myös puhemotoriikan kehitystä, koska syömistä ja puhetta kontrolloivat osittain samat aivoalueet ja lihastoiminnot (Haapanen & Markkanen-Leppänen, 2013; Morris & Klein, 2000; Rudolph & Link, 2002). Syömisen ongelmat kuormittavat myös lapsen psyykkistä hyvinvointia ja rajoittavat osallistumista (Rommel ym., 2003). Syömisongelmaisilla lapsilla sosiaalisten ongelmien, stressin ja ahdistuneisuuden riski on kohonnut. Lisäksi syömisvaikeudet voivat vaikuttaa lapsen myöhempisiin käsityksiin ja tapoihin suhtautua syömiseen.

Syömisen ongelmat vaikuttavat monin tavoin ruokailutilanteisiin, joista saattaa tulla turhauttavia sekä lapselle että vanhemmille (Kreipe & Palomaki, 2012). Vanhempien ensisijaisena tehtävänä on turvata lapsen ravinnonsaanti ja paras mahdollinen kasvuympäristö (Feldman ym., 2004; González & Stern, 2016). Jos ruokailutilanteet ovat jatkuvasti stressaavia, vaikeudet voivat aiheuttaa vanhemmille monenlaisia tunteita, kuten ahdistuneisuutta, keinottomuutta ja hämmennystä, mutta myös voimakasta halua tukea lapsen kehitystä (Chatoor & Ganiban, 2003; Lewis & Kritzinger, 2004). Mikäli lapsen syömisessä ilmenee haasteita, vanhemmuuden kokemukseen saattaa liittyä suurta huolta, surua ja pelkoa lapsen kasvun puolesta (Greer ym., 2008; McComish ym., 2016). Myös epäonnistumisen, turhautumisen ja itsensä syyllistämisen kokemukset ovat yleisiä, jos lapsen syöminen ei sujuu odotetusti. Vanhemmat saattavat turvautua epäsuotuisiin ongelmanratkaisukeinoihin, kuten pakottamiseen, mikä saattaa kuitenkin kuormittaa lapsen ja vanhemman välistä suhdetta entisestään (Chatoor & Ganiban, 2003; Feldman ym., 2004; Martin, Dovey, Coulthard & Southall, 2013; Roche ym., 2011). Syömisongelmaisten lasten vanhemmat kokevatkin huomattavasti enemmän stressiä kuin vanhemmat, joiden lapsilla syöminen sujuu tavanomaisesti (Martin ym., 2013).

2.3 Ympäristön merkitys syömisen kehityksessä

Koska syöminen on osittain kehityksellinen ja osittain opittu taito, ympäristön merkitys syömistaitojen kehityksessä on olennainen (Arvedson & Brodsky, 2002). Lapsen syntymästä lähtien syömiseen liittyy sosiaalinen ja vuorovaikutuksellinen puoli (Heikkinen ym., 2009). Varhaisessa vuorovaikutuksessa vanhemman kanssa lapsi saa ensimmäiset kokemuksensa syömisen sosiaalisesta merkityksestä. Pienellä lapsella on biologisesti

määräytyneitä käyttäytymismuotoja, joiden avulla hän viestii ympäristölleen esimerkiksi nälkää (Launonen, 2007). Lapsen ja vanhemman välille kehittyy kiintymyssuhde sen mukaan, miten johdonmukaisesti ja tyydyttävästi lapsen viesteihin reagoidaan vuorovaikutustilanteissa. Syömiseen liittyvä turvallisuuden tunne ja hyvä olo tukevat turvallisen kiintymyssuhteen ja lapsen itsesääätelykyvyn kehitystä (Luoma ym., 2000). Ympäristöstä saadut kokemukset ohjaavat lapsen aivoyhteyksien muodostumista (Luoma ym., 2000; Mäntymaa, Luoma & Tamminen, 2003). Vanhemman toiminnalla ja antamalla mallilla on siis keskeinen merkitys lapsen syömistaitojen kehitykseen riippumatta siitä, onko lapsella varsinainen syömisvaikeus vai ei (Chatoor & Ganiban, 2003). Optimaalinen syömistaitojen kehitys edellyttää ympäristöltä riittävää hoivaa, sensitiivistä toimintaa ja jatkuvaa vuorovaikutusta, ja jos vanhemman toiminta ei ole tämän mukaista, voi turvattoman kiintymyssuhteen riski kasvaa ja lapsen syömistaitojen kehitys häiriintyä (Rudolph & Link, 2002).

Suurella osalla syömisongelmaisista lapsista ja heidän vanhemmistaan näyttää olevan vuorovaikutuksen pulmia, jotka voivat olla syömisvaikeuksien taustasyitä, seurauksia tai ylläpitäviä tekijöitä (Benoit, 2009; Feldman ym., 2004; Maldonado-Duran ym., 2008). Lapset eivät välttämättä viesti ympäristölleen nälän ja kylläisyyden tunnetta yhtä selkeästi tai käyttäytyvät poikkeavasti verrattuna tavanomaisesti syöviin lapsiin (Rudolph & Link, 2002). Vanhempien toiminta ei taas välttämättä ole yhtä vastavuoroista ja herkästi reagoivaa kuin tavanomaisesti syövien lasten vanhempien. Sen sijaan heidän toimintansa syömistilanteissa saattaa olla kontrolloivaa tai jopa negatiivista ja pakottavaa (Feldman ym., 2004; Sanders ym. 1993). Jo pienet lapset tulkitsevat herkästi vanhempiensa tunnetiloja ja heijastavat niitä omaan käyttäytymiseensä (Launonen, 2007), joten jos he havaitsevat vanhempien olevan esimerkiksi turhautuneita ja stressaantuneita, syömistilanteiden negatiivinen kierre voi jatkua (Greer ym., 2008; Pesonen, 2010). Lapsen poikkeava syömisen kehitys ja haastavat syömistilanteet voivat siis lisätä vuorovaikutusongelmien riskiä, mutta turvallisella kiintymyssuhteella uskotaan olevan suojaava vaikutus (Mäntymaa & Tamminen, 1999). Vanhempien kyky toimia vuorovaikutuksessa lapsen erityistarpeet huomioiden vaikuttaa lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen, sillä syömistaidoilla on yhteys myös muihin kehityksen osa-alueisiin ja turvalliseen kiintymyssuhteeseen, joiden vaikutukset ulottuvat aikuisikään asti (Arvedson & Brodsky, 2002).

Tarkkailemalla muiden toimintaa lapsi oppii ympäristön ruokailutottumuksia ja -tapoja (Birch ym., 2007). Lapsen syömistaitojen ja -vaikeuksien kehitykseen vaikuttavat ympäristötekijät vaihtelevat. Sekä saman kulttuurin sisällä erilaisissa perheissä että eri kulttuurien välillä esimerkiksi käsitykset ruokailun merkityksestä, syömisen kehityksestä ja lapsen syömisvaikeuksista voivat vaihdella (Ramsay, 2004; Taylor ym., 2015). Syömiskasvatuksen tavoitteena on tukea syömistaitojen kehitystä, lapsen kehonsisäisten viestien, eli nälän ja kylläisyyden, tunnistamista sekä myönteistä asennoitumista syömiseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Vanhempien arvot ja uskomukset vaikuttavat siihen, miten he toteuttavat syömiskasvatusta (Morris & Klein, 2000). Vanhemmat valitsevat lapsen iälle ja taitotasolle sopivia ruokia, ruokailuvälineitä sekä näyttävät lapselle mallia syömistilanteissa (Birch ym., 2007; Morris & Klein, 2000). Mitä myöhemmin lapsen ruokavalioon lisätään kiinteitä ruokia, sitä vaikeampaa lapsen tottuminen ruoan eri koostumuksiin on myöhemmin (Carruth ym., 2004; Udall, 2007). Kiinteiden ruokien herkkyyskauden (taulukko 1) ohittaminen saattaa johtaa esimerkiksi syömisestä kieltäytymiseen. Eri kulttuuritaustasta tulevien perheiden ruokavalinnat ja syömistavat voivat olla erilaisia verrattuna suomalaiseen syömiskulttuuriin ja vaikuttaa lapsen oppimiseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta, 2018). Vanhempien mallista lapsi saattaa esimerkiksi oppia syömään käsin ilman ruokailuvälineitä tai tottua siihen, että häntä aina syötetään.

3 LASTEN SYÖMISVAIKEUKSIEN ARVIOINTI JA KUNTOUTUS

Puheterapeutti on logopedian koulutusohjelmasta valmistunut filosofian maisteri, laillistettu terveydenhuollon ammattilainen (esim. Sellman & Tykkyläinen, 2017). Suurin osa puheterapeuteista työskentelee julkisessa terveydenhuollossa joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollon puheterapeutin tehtäviksi määritellään yleensä lasten puheen, kielen ja kommunikaation häiriöiden ennaltaehkäisy, tutkimus ja kuntoutus. Työnkuvaan kuuluu myös lasten syömisvaikeuksien tunnistaminen, arviointi ja kuntoutus osana moniammatillista työryhmää (Puheterapianimikkeistö, 2017). Puheterapeutin asiantuntijuuteen sisältyy esimerkiksi syömis- ja nielemistoimintojen kartoittaminen (Kettunen, n.d.; Mashima & Doarn, 2008). Puheterapeutti huomioi myös syömistilanteeseen liittyvät vuorovaikutukselliset tekijät ja arvioi syömisongelmien vaikutuksia (ASHA, 2002). Lasten syömisvaikeudet muodostavat laajan ja monipuolisen kirjon, mikä haastaa vaikeuksien tunnistamista ja hoitoa (Ramsay, 2004; Rudolph & Link, 2002). Lisäksi puheterapeuteilla ei ole käytössään vakiintuneita eikä standardoituja menetelmiä syömisongelmien arviointiin ja kuntoutukseen (mm. Linscheid, 2006; Miller & Willging, 2003).

Puheterapeuttien ammatillista ajattelua ja työskentelyä ohjaa yleisesti Maailman terveysjärjestön (WHO) *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen ICF-luokitus* (engl. *International Classification of Functioning, Disability, and Health*) (THL, 2013; Threats, 2006). ICF-luokitus on biopsykososiaalinen malli, jonka tarkoituksena on helpottaa kansainvälistä ja moniammatillista yhteistyötä ja jonka avulla myös lasten syömisvaikeuksia voidaan tarkastella laajana kokonaisuutena ja useasta eri näkökulmasta (Lefton-Greif & Arvedson, 2007). ICF-luokitus jakautuu eri osa-alueisiin (kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset ja osallistuminen sekä ympäristötekijät), jotka kaikki ovat vuorovaikutuksessa keskenään (Martinuzzi, De Polo, Bortolot & Pradal, 2015; THL, 2013). Sen avulla voidaan arvioida syömisvaikeuksien vaikutusta lapseen ja hänen ympäristöönsä eri osa-alueilla (Lefton-Greif & Arvedson, 2007). ICF-luokitus toimii siis työkaluna, jonka avulla puheterapeutti voi pyrkiä tunnistamaan ja ymmärtämään syömisongelmia monipuolisesti sekä tarkastelemaan niiden vaikutuksia lapsen ja perheen toimintakykyyn.

Syömisvaikeuksien varhainen tunnistaminen ja kuntoutuksen aloittaminen tukevat lapsen kehitystä ja edistävät koko perheen elämänlaatua (Bruns & Thompson, 2010; Garro, 2004; Rudolph & Link, 2002). Varhaisilla, toistuvilla ja positiivisilla kokemuksilla pyritään vaikuttamaan pienen lapsen syömistaitojen kehitykseen, jotta ongelmat eivät vaikeutuisi ja pitkittyisi (Ramsay, 2004; Sharp ym., 2017). Varhaiskuntoutuksella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi lapsen syömiskäyttäytymiseen, vuorovaikutusongelmiin ja ruokavalion laajenemiseen (Birch ym., 2007; Ramsay, 2004). Pitkittyneet vaikeudet kuormittavat lapsen ja perheen lisäksi myös terveydenhuoltojärjestelmää (Paul & Roth, 2011).

3.1 Syömisvaikeuksien puheterapeuttinen arviointi

Lapsen syömistaitojen arviointi katsotaan tarpeelliseksi, kun syömisessä ilmenee poikkeavia piirteitä tai äkillisiä muutoksia tai syömistaidot eivät kehity tavanomaiseen tahtiin ja huolestuttavat lapsen lähiympäristöä (Arvedson, 2008; Hall, 2001). Arvioinnin tavoitteena on selvittää syömistaitojen kehitysvaihe, tarkastella lapsen syömiskäyttäytymistä ja määritellä mahdolliset riskitekijät (Hall, 2001; Thompson ym., 2010). Haasteiden ja rajoitteiden lisäksi arviointiin kuuluu lapsen vahvuuksien ja tarpeiden tunnistaminen (Morris & Klein, 2000). Tarkoituksena on selvittää syömisvaikeuksien vaikutus lapsen ja perheen elämään sekä määritellä toimintakykyä tukevien palveluiden tarve (Lefton-Greif & Arvedson, 2016). Arvion perusteella puheterapeutti ja lapsen lähiympäristö voivat yhdessä pohtia kuntoutuksen tavoitteita ja sisältöä (Thompson ym., 2010).

Koska lasten syömisvaikeuksien taustalla voi olla lukuisia syitä (esim. Rudolph & Link, 2002), esitietojen kerääminen, esimerkiksi lapsen yleisen kehityshistorian ja mahdollisten lääketieteellisten diagnoosien selvittäminen, on keskeistä arvioinnin alkuvaiheessa (Arts-Rodas & Benoit, 1998; Bernard-Bonnin, 2006; Hall, 2001). Puheterapeutti tarvitsee vanhempien asiantuntijatietoa muodostaakseen mahdollisimman laajan käsityksen lapsesta, hänen syömistaidoistaan ja perheen ruokailutavoista (Morris & Klein, 2000; Määttä, 2001; Thompson ym., 2010). Selvittämällä perheen käsityksiä ja uskomuksia puheterapeutti voi tulla tietoiseksi kulttuurin mahdollisista vaikutuksista lapsen syömis- kasvatukseen ja syömiseen, jolloin hoito voi toteutua perhettä ja heidän kulttuuriaan

kunnioittaen (Fischer & Silverman, 2007; Määttä, 2001). Puheterapeutti kartoittaa avoimien kysymysten avulla, kuinka kauan ruokailut yleensä kestävät, millaisena vanhemmat kokevat ruokailutilanteet, millaisia ruokia lapsi suosii ja välttelee, sekä miten lapsen syömistaitojen kehitys on vanhempien mielestä edennyt (Bernard-Bonnin, 2006; Thompson ym., 2010; Udall, 2007). Vanhempien haastattelu ei välttämättä kuitenkaan tarjoa aina luotettavaa ja riittävää tietoa arvioinnin tueksi, jos vanhempien käsitykset lapsen taidoista eivät ole realistisia (Arts-Rodas & Benoit, 1998). Vanhemmat eivät ehkä ole tietoisia vaikeuksista tai koe niitä yhtä haastavina kuin puheterapeutti, mutta he voivat myös kokea lievätkin ongelmat hyvin rajoittavina ja kuormittavina.

Arvioinnin perustana puheterapeutin tulee tuntea kattavasti lasten syömiseen liittyvä anatomia ja fysiologia, jotta hän voi tutkia sensomotorisia toimintoja luotettavasti (Arvedson, 2008; Hall, 2001; Rogers & Arvedson, 2005). Haastattelun lisäksi puheterapeutin arviointiin kuuluu keskeisesti lapsen havainnointi (Lefton-Greif & Arvedson, 2016), johon voidaan sisällyttää muun muassa suun alueen sensomotoriikan, syömisasennon ja kokonaisvaltaisen kehityksen arvioiminen (DeMatteo, Matovich & Hjar-tarson, 2005; Miller & Willging, 2003; Rudolph & Link, 2002). Lapsen syömisen tarkkailu tarjoaa mahdollisuuden tehdä suoria havaintoja tämän syömistaidoista (Rogers & Arvedson, 2005; Udall, 2007). Samalla puheterapeutti voi havainnoida lapsen ja aikuisen käyttäytymistä ja vanhempien käyttämiä strategioita (Arts-Rodas & Benoit, 1998; Bernard-Bonnin, 2006). Havainnoimalla lapsen ja vanhemman vuorovaikutusta puheterapeutti saa käsitystä sen mahdollisista vaikutuksista syömisongelmiin (Rudolph & Link, 2002). Katsekontakti, kannustaminen ja koskettaminen viestivät turvallisesta kiintymyssuhteesta, kun taas pakkosyöttäminen, uhkailu ja lapsen häiriökäyttäytyminen ovat merkkejä vuorovaikutuksen pulmista (Bernard-Bonnin, 2006; Feldman ym., 2004).

Perusterveydenhuollon puheterapeutin tehtäviin kuuluu lapsen syömistaitojen ja vuorovaikutuksen arvioinnin lisäksi tunnistaa tilanteet, joissa perustason arviointimenetelmät eivät ole riittäviä ja esille nousee syitä tarkempiin tutkimuksiin (Couriel, Bisset, Miller, Thomas & Clarke, 1993; Nuutinen, 2000). Mikäli lapsella ilmenee esimerkiksi selviä merkkejä nielemisvaikeuksista, tarvitaan instrumentaalisia nielemistutkimuksia (Arvedson, 2008; Udall, 2007). Instrumentaalisen arvioinnin, kuten videofluoroskopian (VFSS) tai tähystystutkimusten, tarkoituksena on selvittää nielemisen fysiologia ja varmistaa sen turvallisuus (Arvedson & Lefton-Greif, 2017; Miller & Willging, 2003).

Instrumentaalinen arviointi vaatii lapsen ohjaamista erikoissairaanhoidon, sillä perusterveydenhuollossa käytettäviin arviointimenetelmiin se ei kuulu (McComish ym., 2016).

3.2 Puheterapeuttinen syömiskuntoutus

Syömiskuntoutuksen muodot voidaan jakaa esimerkiksi suoriin ja epäsuoriin, behavioraalisiin, ravitsemuksellisiin, motorisiin, sensorisiin ja psykologisiin (Arvedson & Brodsky, 2002; Lukens & Silverman, 2014; Roche ym., 2011). Näyttöä eri kuntoutusmenetelmien vaikuttavuudesta on vain vähän (Benoit, 2009; Udall, 2007). Vaikuttaa siltä, että tiivis syömiskuntoutus toteutuu yleisimmin sekä Suomessa että kansainvälisesti erikoissairaanhoidossa, erityisillä klinikoilla tai yksityisellä sektorilla (mm. McComish ym., 2016; Sharp, Jaquess, Morton & Herzinger, 2010). Vaikka perusterveydenhuoltoon ohjautuu yhä enemmän lapsia, joilla ilmenee erilaisia syömisen haasteita (Fischer & Silverman, 2014), muodostavat lasten syömisvaikeudet perusterveydenhuollon puheterapeuttien työnkuvassa melko harvinaisen asiakasryhmän, eikä tutkimustietoa perusterveydenhuollon tason syömiskuntoutuksesta juurikaan näytä olevan. Perusterveydenhuollossa käytettävät kuntoutusmenetelmät perustuvat pitkälti vakiintuneeseen ja kokemusperäiseen vaikuttavuustietoon (Puheterapianimikkeistö, 2017). Tutkimustiedon vähäisyydestä huolimatta moniammatillinen ja lapsen kokonaisvaltaisuuden huomioiva syömiskuntoutus vaikuttaa hyödyllisimmältä (mm. Lukens & Silverman, 2014; Roche ym., 2011). Yksilöllisesti suunniteltu kuntoutus ja vanhempien tiivis osallistaminen tukevat lapsen ravitsemusta, kehitystä, henkistä hyvinvointia ja koko perheen toimintakykyä (Lukens & Silverman, 2014).

Puheterapeuttisen syömiskuntoutuksen tavoitteet voivat liittyä syömiskäyttäytymiseen, ruokavalion laajentamiseen ja ruokailuhetkien vuorovaikutukseen (Arvedson & Brodsky, 2002; Fischer & Silverman, 2014). Syömiskuntoutukseen voi sisältyä esimerkiksi syömistoimintojen aktivointia, sensomotorisia harjoituksia, vuorovaikutuksellisten tuki- ja huomiointia ja kielellis-kognitiivisten kykyjen kuntouttamista (Puheterapianimikkeistö, 2017; Udall, 2007). Turvallisen syömisen kannalta puheterapeutti huomioi lapsen pään ja vartalon asennon sekä ohjeistaa oikeat syöttämistavat (Couriel ym.,

1993; Kettunen, n.d.). Työnkuvaan kuuluu suositusten antaminen ruoan koostumuksesta, mausta ja ruokailuvälineistä, jotta syöminen aktivoi lapsen sensomotorista toimintaa optimaalisesti. Kuntoutuksen vaikuttavuutta seurataan muun muassa lapsen kasvun, käyttäytymisen, ruokavalion ja oraalimotoristen taitojen perusteella (Kerwin & Eicher, 2004; Sharp ym., 2010).

Lähiympäristön ohjauksen tarkoituksena on lisätä lähiympäristön tietoisuutta ja välittää keinoja, joiden avulla lasta voidaan tukea arjen eri ympäristöissä (Garro, 2004; Lukens & Silverman, 2014). Ohjauksessa huomioidaan perheen kokonaistilanne ja yksilölliset voimavarat Maailman terveysjärjestön (WHO) kuntoutusnäkömyksen mukaisesti (Autti-Rämö, 2008). Erityisesti syömiskuntoutuksessa vanhempien rooli kuntouttajina korostuu, sillä pieni lapsi harvoin tiedostaa oman kuntoutuksensa tavoitteet (Launiainen & Sipari, 2011). Vanhempien aktiivinen osallistuminen kuntoutusprosessiin ja tiedon jakaminen puheterapeutin kanssa vahvistaa vanhemmuuden kokemusta ja yhteistyötä. Kuntoutuskumppanuus perustuu puheterapeutin ja lähiympäristön molemminpuoliseen kunnioitukseen, tasavertaisuuteen, vastavuoroisuuteen ja perhelähtöisyyteen (Määttä, 2001; Sellman & Tykkyläinen, 2017). Muita tärkeäksi nostettuja seikkoja ohjauksessa ovat ammattilaisen kyky huomioida lapsen yksilöllisyys, vanhempien tunteet ja perheen kulttuuri (Clawson & Elliott, 2014; Hewetson & Singh, 2009; Määttä, 2001). Nykyään yhä useammat puheterapeutin asiakkaat perheineen ovat monikielisiä ja -kulttuurisia, mikä voi osaltaan vaikuttaa kuntoutukseen (Kaiser & Rautakoski, 2013). Ohjauksen toteutumista voi haastaa esimerkiksi yhteisen kielen puuttuminen, jolloin joudutaan turvautumaan tiedon välitykseen tulkin avulla (Guiberson & Atkins, 2012). Yhteistyö eri kulttuuritaustaa edustavan perheen parissa edellyttää puheterapeutilta sensitiivisyyttä ja erityisiä vuorovaikutustaitoja (Bornman & Launonen, 2006; Ramsay, 2004).

Kuntoutuksen tavoitteet pohditaan yhdessä perheen kanssa, jotta ne vastaisivat heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa ja sitouttaisivat vanhemmat kuntouttajan rooliin (Bruns & Thompson, 2010; Spagnola & Fiese, 2007). Syömistaitojen kuntoutus pyritään sisällyttämään lapsen jokapäiväisiin toimintoihin, mikä saattaa edellyttää perheeltä arkirutiinien muutoksia (Arvedson & Brodsky, 2002; Hewetson & Singh, 2009). Ruokailuhetket toistuvat useita kertoja päivässä, mikä korostaa konkreettisten ja arkeen soveltuvien harjoitusten merkitystä (Chatoor & Ganiban, 2003; Fischer & Silverman, 2014). Usein pienikin lapsen kehityksen poikkeavuus aiheuttaa vanhemmissa huolta ja kuormittaa per-

heen elämää (Autti-Rämö, 2008), minkä takia vanhempien tiedon lisäämisen ja emotionaalisen tukemisen onkin osoitettu olevan keskeisiä osa-alueita syömisongelmaisten lasten vanhempien ohjauksessa (Garro, 2004; Stoner, Bailey, Angell, Robbins & Polewski, 2006). Hewetson ja Singh (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että puheterapeutin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen ja vanhempien välinen vuorovaikutus vaikuttaa kuntoutuksen toteutumiseen. Tutkimuksessa syömisongelmaisten lasten äidit korostivat, että vanhempien kunnioittamisella, ymmärtämisellä, tiedottamisella ja kannustavalla ilmapiirillä on merkittävä vaikutus koko kuntoutusprosessissa ja vanhempien tukemisessä. Syömiskuntoutuksen tavoitteena on, että syömistilanteista tulisi vuorovaikutuksellisia ja miellyttäviä kokemuksia ilman stressiä, pakottamista ja valtataistelua (Arvedson, 2008; Heikkinen ym., 2009). Lapsen ja vanhemman positiivinen vuorovaikutus edistää lapsen syömistaitojen lisäksi myönteisiä vanhemmuuden kokemuksia (Bruns & Thompson, 2010; Greer ym., 2007).

3.3 Moniammatillisuus

Koska syömisen ongelmat ovat monimutkaisia kokonaisuuksia, lapsen kehityksen edistäminen ei voi olla vain yksittäisen ammattiryhmän vastuulla (Kerwin & Eicher, 2004). Lasten syömisvaikeuksien hoidossa moniasiantuntijuutta pidetäänkin tärkeänä (esim. McComish ym., 2016), ja myös perusterveydenhuollon arviointi- ja kuntoutusprosessissa voidaan puheterapeutin asiantuntijuuden lisäksi tarvita muiden ammattiryhmien erityisosaamista (Couriel ym., 1993; McComish ym., 2016). Yhteistyötahoja voivat olla toiminta-, ravitsemus- ja fysioterapeutti, lääkäri, psykologi sekä muut erityistyöntekijät (Kakodkar & Schroeder, 2013; Prasse & Kikano, 2009). Lapsen kehityksen ja taitojen tarkastelu useasta eri näkökulmasta tarjoaa mahdollisuuden tunnistaa vaikeudet ja niiden taustasyyt varhain, jotta sopivimmat tukikeinot voidaan ottaa käyttöön (Kakodkar & Schroeder, 2013; Roche ym., 2011). Moniammatillisen työskentelyn tavoitteena on huomioida lapsi ja perhe kokonaisvaltaisesti (McComish ym., 2016). Sujuvan moniammatillisen yhteistyön ja eri ammattiryhmien välisen tiedonjaon on todettu edistävän lapsen syömistaitojen kehitystä ja helpottavan koko perheen elämäntilannetta (Couriel ym., 1993; Hewetson & Singh, 2009).

Kaikilla ammattilaisilla on omaan alaansa liittyvää erityisosaamista, jonka perusteella he tutkivat ja määrittelevät lasten syömisvaikeuksia (Miller ym., 2001). Tulkintatapoja ja työskentelyä ohjaavat kunkin ammattiin liittyvät viitekehykset ja taustateoriat (Launiainen & Sipari, 2011). Myös vanhempien osallistuminen moniammatilliseen työskentelyyn on välttämätöntä, mikä taas vaatii kykyä käyttää yhteistä arkikieltä ja selkeitä käsitteitä. Toimiva yhteistyö eri ammattiryhmien kesken edellyttää vastuualueiden jakoa, muiden näkökulmien kunnioittamista ja jäsenten roolien selkeyttä (Launiainen & Sipari, 2011; Miller ym., 2001). Moniammatillisen työskentelyn haasteeksi on kuitenkin mainittu puuttuvat työkäytännöt, epäselvä työnjako ja yhteisen ammattikielen puuttuminen (Launiainen & Sipari, 2011; Miller ym. 2001; Poutiainen, 2011). Ammattiroolien selkiintymiseen perusterveydenhuollossa näyttää vaikuttavan moniammatillisen yhteistyön painottaminen jo peruskoulutuksessa (Dubouloz, Savard, Burnett & Guitard, 2009). Arviointi- ja kuntoutusprosessin koordinoitu työnjako on tärkeää myös perheiden kannalta: perhettä voi kuormittaa tarpeettomasti, jos heitä ohjataan ammattilaiselta toiselle (Clawson & Elliott, 2014; Miller ym., 2001).

Terveystenhuoltojärjestelmän eri toimijoiden saumatonta yhteistyötä, sujuvaa tiedonkulkua ja selkeää työnjakoa pidetään onnistuneen terveydenhuollon edellytyksinä (Nuutinen, 2000; Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008). Suomalaisen terveydenhuollon johtavana periaatteena on kunnallisen hoidon porrastus, jonka tavoitteena on muodostaa perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta toisiaan tukeva kokonaisuus (Lehto, Kananoja, Kokko & Taipale, 2001; Nuutinen, 2000; Saarivirta, Consoli & Dhondt, 2010). Hoidon porrastuksella tavoitellaan tarkoituksenmukaisuutta ja taloudellista tehokkuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008), mutta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa ja tiedonkulkua on myös kritisoitu (Lehto ym., 2001; Poutiainen, 2011). Usein perusterveydenhuollon puheterapeutti on perheelle ensikontakti, jonka vastuulla on varmistaa terapian hyvä kattavuus, jatkuvuus ja eri palveluiden yhteensovittaminen (Bell & Alper, 2007; Raivio, 2017). Perusterveydenhuollossa puheterapeutti työskentelee mahdollisuuksiensa ja osaamisensa mukaisesti hänelle ohjautuvien syömisongelmaisten lasten kanssa, ja mikäli perustason toimenpiteet eivät riitä, on syytä ohjata lapsi perheineen erikoissairaanhoidon (Mäntymaa ym., 2013; Suomen Puheterapeuttiliitto ry, 2017).

Puheterapeutin työskentelyssä tieteellinen ja kliininen tutkimustieto ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja ohjaavat päätöksentekoa (Dodd, 2007; Huttunen, 2001). Perusterveydenhuollon puheterapeuttien työskentely lasten syömisvaikeuksien hoidossa on kliinistä työtä, jossa ratkaisujen on perustuttava riittävään tietoon syömisongelmien luonteesta, arvioinnista ja kuntoutuksesta (Bell & Alper, 2007; Duivestein & Gerlach, 2011). Kliiniseen traditioon nojaaminen ilman standardoituja menetelmiä perustuu pitkälti ammattitaitoon ja kokemukseen (Smolander, Kunnari & Laasonen, 2016), mikä voi haastaa monipuolisten syömisongelmien arviointia ja kuntoutusta. Erityisesti perusterveydenhuollossa puheterapeuttien työskentelyn haasteeksi on nostettu myös rajalliset resurssit, peruskoulutuksen riittämättömyys sekä epävarmuuden kokemus erityisesti aloittelevilla puheterapeuteilla (Clawson & Elliott, 2014; Duivestein & Gerlach, 2011; Hewetson & Singh, 2009; Zimmerman, 2016).

Lasten syömisvaikeuksien hoito edellyttää monipuolista osaamista, minkä takia tämä asiakaskunta saatetaan kokea tavanomaista haastavammaksi (esim. Zimmerman, 2016). Perusterveydenhuollossa syömisongelmaisia lapsia on suhteessa vähän verrattuna muihin puheterapeutin asiakasryhmiin, minkä vuoksi työkokemuksen kerryttäminen ja osaamisen kehittäminen kliinisen työn kautta vaativat aikaa (Stoner ym., 2006). Duivestein ja Gerlach (2011) havaitsivat tutkimuksessaan, että työkokemuksen määrällä lasten syömisvaikeuksien hoidosta ja kokeneempien kollegoiden konsultoinnilla on selkeä yhteys puheterapeuttien kokemaan työskentelyvarmuuteen. Osaamista edistäviksi keinoiksi on havaittu myös täydennyskoulutukset, käytännön harjoittelu ja moniammatillinen yhteistyö (Dubouloz ym., 2009; Duivestein & Gerlach, 2011; Zimmerman, 2016). Näyttöön perustuvaa tutkimustietoa lasten syömisvaikeuksien puheterapeuttisesta hoidosta kaivataan lisää, jotta puheterapeuttien saatavilla olisi mahdollisimman relevanttia ja luotettavaa tietoa ohjaamaan työskentelyä (Dodd, 2007). Erityisesti logopedisellä tutkimuskentällä vaikuttavuustutkimukset ovat välttämättömiä, jotta erilaisia arviointi- ja kuntoutusmenetelmiä voidaan muokata vastaamaan yhä paremmin asiakkaiden tarpeita (Huttunen, 2001).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Nykyajan lääketieteen ansiosta hyvinkin ennenaikaisesti syntyneet ja kehityksellisesti tai neurologisesti sairaat lapset saadaan pysymään hengissä entistä parempikuntoisina, mutta näillä lapsilla syömisvaikeusriski on kuitenkin huomattavasti tavallista suurempi (Bell & Alper, 2007; Field ym., 2003). Yhä useammin lasten havaitaan syövän hyvinkin valikoivasti esimerkiksi sensomotoristen pulmien tai autismikirjon häiriöiden vuoksi (mm. Bryant-Waugh ym., 2010; Kreipe & Palomaki, 2012; Taylor ym., 2015). Syömisvaikeuksien kasvavan esiintyvyyden myötä puheterapeutit tapaavat työssään koko ajan enemmän lapsia, joilla näitä vaikeuksia ilmenee. Syömisongelmaiset lapset ohjautuvat tyypillisesti ensimmäiseksi perusterveydenhuollon puheterapiapalveluihin. Huolellisen arvioinnin ja vaikeuksien varhaisen tunnistamisen myötä voidaan tarvittavat kuntoutuskeinot ottaa käyttöön mahdollisimman pian, jotta vaikeudet eivät pahene ja perheen arki helpottuu (Arts-Rodas & Benoit, 1998; Prasse & Kikano, 2009).

Tämän pro gradu -tutkielman motivaationa oli aiheen kiinnostavuuden lisäksi tutkimuksen vähäinen määrä. Tutkielman tarkoituksena oli selvittää, millaisia lasten syömisvaikeuksia perusterveydenhuollossa työskentelevät puheterapeutit kohtaavat ja millaisia näkemyksiä ja kokemuksia heillä on lasten syömisvaikeuksien hoidosta, omasta ammattiroolistaan ja valmiuksistaan. Lisäksi tarkoituksena oli kartoittaa puheterapeuttien käyttämiä arvioinnin ja lapsen lähiympäristön ohjauksen keinoja.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia lasten syömisvaikeuksia puheterapeutit kohtaavat perusterveydenhuollossa?
2. Millä tavoin puheterapeutit arvioivat lasten syömisvaikeuksia ja ohjaavat lapsen lähiympäristöä?
3. Miten moniammatillinen yhteistyö toteutuu perusterveydenhuollossa, ja mikä puheterapeutin rooli on lasten syömisvaikeuksien hoidossa?
4. Millaiset valmiudet perusterveydenhuollon puheterapeuteilla on työskennellä lasten syömisvaikeuksien parissa, ja miten he kehittävät valmiuttaan?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tähän tutkielmaan valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusote. Tutkielma toteutettiin haastattelututkimuksena, koska kyseessä on vähän kartoitettu alue, josta tutkijan on vaikea tietää etukäteen vastausten suuntia. Haastattelututkimuksen tavoitteena on selvittää ja nostaa esille tutkittavien omia tulkintoja, jotka halutaan sijoittaa laajempaan kontekstiin (Hakala, 2010; Hirsjärvi & Hurme, 2008). Tarkoituksena on saada aikaan keskustelua tutkimuksen aihepiiristä kielellisen vuorovaikutuksen keinoin (Eskola & Vastamäki, 2010; Ruusuvuori & Tiittula, 2017). Haastattelussa tutkijalla on mahdollisuus päästä selvittämään haastateltavan mielipiteitä, motiiveja ja kokemuksia (Hirsjärvi & Hurme, 2008; Tuomi & Sarajärvi, 2009). Laadullisessa tutkimuksessa tieteellisyyden kriteeri ei ole aineiston määrä vaan laatu (Eskola & Suoranta, 1998). Koska tarkoituksena ei ole pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, voidaan pienemmänkin aineiston avulla tarkastella, kuvata ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman perusteellisesti.

5.1 Haastateltavat

Tutkimukseen haettiin haastateltaviksi perusterveydenhuollossa työskenteleviä puheterapeutteja, joilla oli kokemusta lasten syömisvaikeuksien hoidosta kunnallisissa terveyskeskuksissa. Haastateltavia päätettiin hakea Espoon ja Helsingin perusterveydenhuollosta aineiston keruun helpottamiseksi. Tutkimusluvut haettiin Espoon ja Helsingin kaupungeilta lokakuussa 2018. Haastateltavia tiedusteltiin ottamalla yhteyttä Espoon kaupungin lasten kuntoutuspalvelujen päällikköön ja lasten puheterapiapalveluiden yhdyshenkilöihin, sekä Helsingin kaupungin johtavaan puheterapeuttiin. Yhteyshenkilöt välittivät infokirjeen (liite 1) tutkimuksesta eteenpäin puheterapeuteille, jotka saivat halutessaan ilmoittautua mukaan haastattelututkimukseen ottamalla yhteyttä tutkimuksen tekijään. Haastateltaviksi sopivat kaikki perusterveydenhuollossa työskentelevät puheterapeutit, joilla oli kokemusta lasten syömisvaikeuksien hoidosta vähintään viimeksi kuluneen vuoden ajalta, kokemuksen määrästä riippumatta. Neljä Espoon ja kolme Helsingin kaupungin puheterapeuttia ilmoitti osallistuvansa haastattelututkimukseen. Haastateltavat osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti.

Tutkimukseen osallistui seitsemän puheterapeuttia, joiden valmistumisesta oli tutkimusentekohetkellä kulunut 1–32 vuotta. Kuusi heistä oli valmistunut Helsingin yliopistosta ja yksi Oulun yliopistosta. Kaikki haastateltavat olivat töissä perusterveydenhuollossa Espoon tai Helsingin kaupungilla (taulukko 2). Haastateltavien työkokemuksen määrä perusterveydenhuollossa vaihteli 1–25 vuoden välillä. Haastatteluissa tuli esiin, että osalla haastateltavista oli työkokemusta myös perusterveydenhuollon ulkopuolelta tai useammilta eri työpaikoilta, mutta tässä tutkimuksessa keskityttiin kokemuksiin perusterveydenhuollon ja nykyisen työpaikan kannalta. Taulukossa 2 esitellään vain tutkimuksen kannalta keskeiset taustatiedot tunnistettavuuden minimoimiseksi. Haastateltavat esitetään satunnaisessa järjestyksessä ja kooditunnuksin (H1–H7).

Taulukko 2. *Haastateltavien taustatiedot.*

<i>Haastateltava</i>	<i>Valmistumisvuosi</i>	<i>Nykyinen työpaikka (kaupunki)</i>	<i>Työkokemus perusterveydenhuollossa (vuosina)</i>
H1	2015	Helsinki	1–5
H2	2008	Espoo	6–10
H3	2017	Espoo	1–5
H4	2006	Helsinki	11–15
H5	2013	Espoo	5–10
H6	1999	Espoo	16–20
H7	1986	Helsinki	21–25

5.2 Aineiston keruu

Haastattelut toteutettiin marras- ja joulukuussa 2018 haastateltavien työpaikoilla lukuun ottamatta yhtä haastattelua, joka tehtiin haasteltavan kotona. Yksi haastattelu oli kahden puheterapeutin yhteishaastattelu heidän toiveestaan, loput yksilöhaastatteluita. Haastateltavat olivat saaneet etukäteen tietoa tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutustavasta infokirjeen kautta (liite 1). Haastattelut eivät vaatineet haastateltavilta valmistautumista etukäteen. Haastattelujen aluksi tutkija esitteli haastattelurungon sisällön, mutta toi esille, että haastateltavat saisivat vapaasti kertoa omia näkemyksiään teemojen ulkopuoleltakin. Tämän tarkoituksena oli saada aiheesta esille haastateltavien tärkeinä pitämiä asioita, joita ei välttämättä kuulunut ennalta laadittuihin teemoihin. Tätä tavoiteltiin myös

viimeisellä haastattelukysymyksellä, jossa kysyttiin tuleeko heillä vielä mieleen jotain sanottavaa aiheesta.

Haastattelutilanteen aluksi haastateltavat saivat luettavakseen ja allekirjoitettavakseen suostumuskirjeen (liite 2). Suostumuskirjeestä kävi ilmi tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta pois milloin tahansa. Kirjeessä kerrottiin, että kaikki tutkimuksen aikana saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti siten, ettei haastateltavien henkilötietoja tai muita yksittäisiä tietoja olisi tunnistettavissa lopullisesta tutkielmasta. Suostumuskirjeitä allekirjoitettiin kaksi kappaletta, joista toinen jäi haastateltavalle ja toinen tutkimuksen tekijälle. Yhtä lukuun ottamatta haastattelut äänitettiin Helsingin yliopistolta lainatulla Zoom H2n -äänittimellä. Yksi haastattelu äänitettiin laitteiden päällekkäisten varausten takia tutkijan oman älypuhelimien saneluohjelmalla. Äänitteet siirrettiin heti haastatteluiden jälkeen muistitikulle. Yksittäiset haastattelut kestivät keskimäärin tunnin (vaihteluväli 43:40–90:20 minuuttia). Haastatteluaineistoa kertyi yhteensä 366:50 minuuttia.

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Teemahaastattelu valittiin tämän tutkielman aineistonkeruumenetelmäksi, sillä se rajaa keskustelua tutkimuksen kannalta keskeisiin aihepiireihin, mutta antaa tilaa haastateltavan omille, avoimille vastauksille (Eskola & Vastamäki, 2010). Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymykset ovat kaikille samat, mutta niiden asettelu ja järjestys voivat vaihdella tilanteen mukaan (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Keskustelunomainen tilanne antaa tutkijalle mahdollisuuden ohjailla haastattelun kulkua tutkimuskysymysten kannalta keskeiseen suuntaan. Vaikka aihepiirien järjestys ja laajuus ovat haastattelutilanteessa joustavia, olennaista on se, että kaikkien haastateltavien kanssa käydään läpi kaikki ennalta laaditut teema-alueet (Eskola & Vastamäki, 2010).

Tämän tutkielman teemahaastattelurungon (liite 3) rakentamisessa käytettiin apuna aiempaa tutkimuskirjallisuutta ja tutkimuksen tavoitteita (Eskola & Suoranta, 1998). Lisäksi haastattelurungosta keskusteltiin tutkielman ohjaajan kanssa ja ennen varsinaisten tutkimushaastatteluiden aloittamista toteutettiin pilottihaastattelu perusterveydenhuollossa työskentelevälle, sisäänottokriteerit täyttävälle puheterapeutille. Pilottihaastattelun perusteella haastattelurungon sisältöä ei muokattu, mutta tapaan ja järjestykseen esittää kysymykset kiinnitettiin myöhemmin huomiota. Haastattelurungon muuttumat-

tomuuden takia pilottihaastattelu otettiin mukaan tutkimusaineistoon. Haastatteluiden aluksi haastateltavilta kysyttiin taustatietoina valmistumisvuosi ja opiskelupaikka, nykyinen työpaikka sekä työuran kesto. Lisäksi jokainen sai kertoa vapaasti työnkuvastaan nykyisessä työpaikassaan. Haastattelujen aihepiirit jakautuivat tutkimuskysymysten mukaisesti neljään eri pääteemaan, jotka olivat *lasten syömisvaikeudet perusterveydenhuollossa, arviointi, kuntoutus ja lähiympäristön ohjaus* sekä *oma osaaminen ja valmiudet*. Jokaisessa haastattelussa kaikki teemat käytiin läpi, mutta eri teemojen laajuus ja järjestys vaihtelivat tilanteen ja keskustelun mukaan. Haastateltaville esitettiin tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä.

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Analysointimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Haastattelut litteroitiin sanatarkasti Word-tekstitiedostoiksi, joista esille tulevat henkilötiedot tai muut mainitut tunnistetiedot poistettiin tai muutettiin anonymiteetin turvaamiseksi. Tutkimuksen kannalta merkityksettömät puheen prosodiset piirteet ja tauot jätettiin merkitsemättä, koska sisällönanalyysin kannalta karkeampi litteraatti koettiin riittäväksi. Lisäksi haastatteluun liittymättömät puheenvuorot sekä tutkimuksen tarkoitukseen nähden turhat alku- ja loppukommentit jätettiin litteroimatta. Tekstin ymmärrettävyyden helpottamiseksi lainauksista poistettiin täytesanoja, sanahakua tai muuta sisällön merkityksen kannalta epäolennaista. Myös haastattelijan esittämät, sisällön kannalta merkityksettömät välikommentit poistettiin. Litteraatteja kertyi yhteensä 159 sivua (fontti Courier, fonttikoko 12, riviväli 1,15).

Litteroitu Word-tekstitiedosto siirrettiin Atlas.ti-ohjelmaan, jossa sisältö koodattiin eli luokiteltiin omiin ryhmiinsä. Koodien tarkoituksena oli auttaa hahmottamaan aineistoa tarkoituksenmukaisesti. Koodeja luotiin aineistolähtöisesti ja osa koodeista oli päällekkäisiä, jos sama lainaus sai useamman koodin. Koodeista muodostettiin koodiryhmiä eli laajempia teemaryhmittelyitä, joihin yksittäiset koodit liitettiin. Koodeja muodostui yhteensä 20 ja koodiryhmiä kuusi. Koodiryhmät olivat *perusterveydenhuollon käytänteet*, johon kuului kolme koodia (arviointi, ohjaus, puheterapeutin rooli), *lähiympäristön ohjaus*, johon kuului kaksi koodia (yleinen ohjaus, ohjauskeinot), *moniammatillisuus*, jo-

hon kuului kaksi koodia (moniammatillisuus perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoido), *lasten syömisvaikeudet*, johon kuului kolme koodia (esiintyvyys, ilmenemis-
muodot, vanhemmat), *haasteet*, johon kuului kuusi koodia (arvioinnin haasteet, ohjauksen haasteet, monikulttuurisuus, ammattiroolin haasteet, tavoitteet, muut haasteet) ja *puheterapeuttien valmiudet*, johon kuului neljä koodia (oma osaaminen, vahvuudet, täydennyskoulutukset, muut tukikeinot). Kaikki koodiryhmät olivat tutkimuksen tarkoituksen kannalta keskeisiä kokonaisuuksia, joiden avulla tulokset muodostettiin. Tutkimuskysymykset ohjasivat teemaryhmien jäsentymistä tulososioon. Jokainen tutkimuskysymys käsiteltiin omissa luvuissaan, mutta tulosten selventämiseksi toinen tutkimuskysymys jaettiin kahdeksi eri luvuksi. Aineisto ryhmiteltiin lopulta siis viiteen eri teemaan tulososiossa.

Haastateltavista käytettiin satunnaisessa järjestyksessä annettuja kooditunnisteita (*H1–H7*) ja tutkijasta kooditunnistetta *A*. Litteraateista pyrittiin valitsemaan lainauksia kaikilta haastateltavilta mahdollisimman tasapuolisesti ja sellaisia, jotka tiivistivät useamman haastateltavan saman ajatuksen. Lisäksi mukaan otettiin sellaisia lainauksia, joissa esitettiin muista poikkeavia tai muuten aiheen kannalta huomionarvoisia näkemyksiä. Lainaukset lisättiin tutkielman tulososioon tarkoituksena todentaa tutkijan tekemiä tulkintoja ja analyyseja. Osaan lainauksista lisättiin välimerkkejä ja isoja alkukirjaimia luettavuuden parantamiseksi. Poimitut lainaukset ovat katkelmia, joten useamman kuin yhden sanan poistot on merkitty katkoviivoilla (--).

6 TULOKSET

Lasten syömisvaikeudet sisältyvät perusterveydenhuollon puheterapeutin monipuoliseen työkuvaan. Työskentely lasten syömisvaikeuksien parissa keskittyy vahvasti syömistaitojen arviointiin, mutta myös laajemmin lapsen kehityksen tarkasteluun. Perusterveydenhuollon puheterapeuteilla on käytössään rajoitetusti resursseja, minkä takia terapiajaksot ovat lyhyitä, käyntejä on harvakseltaan ja puheterapeutin rooli on lähinnä ohjaava. Kaksi haastateltavaa koki, että tietoisuus lasten syömisen ongelmista ja puheterapeutin työkuva perusterveydenhuollon tasolla on lisääntymässä. Tavat työskennellä syömisvaikeuksien parissa vaihtelevat kuitenkin yksilöllisesti puheterapeuttien kesken, eikä yhteisiä käytänteitä ole laadittu.

H1: "Syömisasioista tietämys vaan kasvaa ja niihin osataan kiinnittää huomiota ja nähdään et puheterapeutti on keskeinen asiantuntija siinä prosessissa niin vois olla et täytyy meidän oikeesti miettii niitä yhteisiäki käytäntöjä -- että toimittais yhtenäisesti ja yhteisen linjan mukaisesti."

H4: "Vanhemmissakin tietoisuus ja aktiivisuus lisääntynyt, neuvoloissa ja puheterapeuttien keskuudessa, että niin näähän kuuluu meille, että nehän on yksi osa-alue, että se ei ole aina vaan se puhe tai se kieli tai se vuorovaikutus vaan että tää on yksi iso osa-alue ihmisessä mihin puheterapeutit ottaa kantaa."

6.1 Lasten syömisvaikeudet perusterveydenhuollossa

Kaikilla haastateltavilla oli ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana asiakkaina lapsia, joilla oli jonkinlainen syömisvaikeus. Osa haastateltavista mainitsi, että syömisvaikeuksien määrä on heidän mielestään lisääntymässä tai yllättävän suuri. Haastateltavat arvioivat, että puolen vuoden aikana heidän vastaanotolleen tulee noin 4–5 lasta, joilla on syömisongelmia, mutta määrä saattaa vaihdella 3–10 lapsen välillä. Lasten määrä on usein suurempi, jos syömisvaikeudet tulevat esille liitännäispulmina.

H1: "Yhä enenemässä määrin toi asia tulee esille jo lähetteessä et semmonen -- näppituntuma on, et niitä tulee enemmän -- liittyneenä siihen häiriöön tai jotenki muuten siihe kokonaiskuvaan -- oirekuva voi olla hyvin eri millä he tulee tänne ja sit sieltä saattaa just paljastuu, että siellä on sitä syömisasiaaki."

H3: "On tullu jotaki kymmenen ja kahenkymmenen välillä vuoden sisällä, et kyl niit yllättävätki paljon tulee sit joilla on -- huoli siitä syömisestä, vaikka se ei ois semmonen pääsyy miks he tulee."

Haastateltavat kertoivat, että perusterveydenhuoltoon ohjautuvat syömisongelmaiset asiakkaat ovat yleensä pieniä, alle 3-vuotiaita lapsia, joilla syömisvaikeuksien taustalla on tavallisesti suun alueen sensorisia ja/tai motorisia ongelmia. Kolmen haastateltavan vastaanotolla pienimmät lapset olivat olleet alle vuoden ikäisiä. Yhdellä haastateltavista oli kokemusta alle puolen vuoden ikäisestä lapsesta. Haastateltavat sanoivat, että lasten tyypillisin vaikeus on siirtymisessä kiinteämpiin ja karkeampiin ruokiin. Eräs yleinen syömisvaikeuksien ilmenemismuoto on valikoiva syöminen. Valikoivuus saattaa olla hyvinkin voimakasta ja liittyä esimerkiksi ruoan laatuun, rakenteeseen tai makuun.

H5: "Ne on sellasii ihan pieniä lapsia, monet just niitä puoltoista vuotiaita, jotka ei siihen kiinteeseen tai semmoseen kokkareisiin ruokaan lähde."

H1: "On tullu aika paljon esille, että itsenäisesti syöminen on haastavaa ja kaikki koostumus, et he syö pitkään soseita -- ne nyt on semmonen selkee -- ja jos ei oo saanu ees harjotusta karkeemmalle niin sitten voi olla sitä motoriikan heikkoutta ja kuolaamista."

H3: "Valikoivuutta liittyen mihin hyvänsä -- on vaikka tietyissä ympäristöissä vaikee syödä tai tietyt ruoka-aineet on vaikeita tai ruoka ei saa koskettaa toista ruokaa -- ettei oo ongelmaa siinä, etteikö sais pureskeltua tai nieltä, mut se on se mitä pystyy laittamaan suuhun, missä on tavallaan se ongelma."

Kolmella haastateltavalla oli kokemusta melko harvinaisista syömisvaikeuksista perusterveydenhuollossa. He mainitsivat harvinaisimmiksi ja haastavimmiksi syömisvaikeudet, joiden taustalla on esimerkiksi rakenteellisia poikkeavuuksia, letkuravitsemus (PEG-letku/-nappi), voimakkaita nielemisvaikeuksia, erittäin alkeellisia syömistaitoja tai suun alueen laajoja koordinaatio-ongelmia.

H5: "Mul on yks [PEG-]nappilapsi ollu ja siinä hänen kohdallaan -- pohdittiin sitä motoriikan harjottelua -- niitä nappilapsia on suhteessa tosi vähän."

H7: "Jos ne koko syömisalkeet ei oo olemassa, sitä pureskelu-nielemis -tapahtumaa, niin se on kyllä haastava et sä lähdet luomaan sen koko tapahtuman."

Kaikki haastateltavat kuvailivat, että lapsen syömisalkeet ovat yleensä osana laajempaa kokonaiskuvaa. Syömisvaikeuksia ei välttämättä ole ollenkaan mainittu lähetteessä tai ensisijaisena tulossyynä, mutta ne nousevat esille vastaanotolla. Syömisvaikeuksiin liittyy usein muitakin kehityksen ongelmia tai lääketieteellisiä diagnooseja, mutta pääsääntöisesti lapset ovat yleiskunnoltaan terveitä. Haastateltavat mainitsivat liitännäispulmiksi esimerkiksi refluksitaudin, autismikirjon häiriöt, kokonaiskehityksen viiveen, ylivilkkaus- ja/tai tarkkaavaisuushäiriöt sekä ruoka-aineallergiat. Syömisongelmien ohella saattaa usein olla valikoivaa puhumattomuutta tai ahdistuneisuuseräistä

oirekuvaa sekä suurella osalla myös viivästynyt tai poikkeava puheen ja kielen kehitys. Lapsilla saattaa olla esimerkiksi puhemotoriikan haasteita. Eräs haastateltava kertoi kokevansa, että syömisvaikeuksiin liittyy lähes aina puheen ja kielen kehityksen vaikeuksia.

H4: "On ollu ihan tavallisia lapsia, et eivät ole olleet millään tavalla sairaita vaan sitten taustalla on refluksia ja allergiaa ja sitte tämmöstä motoriikan kypsymättömyyttä."

H1: "Puheen tuoton vaikeutta, selkeetä puheen tuoton viivettä tai laajemmin puheen ja kielen kehityksen viivästymää -- myös aika monessa tapauksessa tulee esille nää kontakti- ja vuorovaikutuspulmaset."

H6: "Sit on näit tämmösii ADHD- tai ADD-tyyppisiä kans osa, jotka -- ei malta istuu pöydän ääressä ja niittenhän ei periaattees meille pitäis välttämättä ohjautuu, mut kyl niitä kuitenkin tulee -- on näitä, jotka istuu tunnin siinä pöydän ääressä ja mitään ei tapahdu -- et usein siihen liittyy just tää et on toiminnanohjauksen pulmii."

Kaikilla haastateltavilla oli kokemusta monikielisten ja -kulttuuristen lasten ja perheiden kanssa työskentelystä. Haastatteluissa nousi esille kulttuurin yhteys syömisvaikeuksien esiintyvyyteen ja ilmenemiseen. Monikulttuurisilla lapsilla syömisvaikeudet liittyvät esimerkiksi ruokailutilanteen vuorovaikutukseen ja eri kulttuurien ruokatottumuksiin. Osa haastateltavista kertoi, että monikielisillä ja -kulttuurisilla lapsilla syömisen haasteita oli heidän kokemuksensa mukaan selkeästi enemmän kuin yksikielisillä suomalaislapsilla. He arvelivat, että vaikeuksien taustalla saattaa vaikuttaa esimerkiksi lapsen voimakas valikoivuus eri kulttuurien ruokia kohtaan ja vanhempien erilaiset käsitykset lapsen syömistaidoista. Monikulttuurisen perheen lapsella saattaa olla esimerkiksi tuttipullo käytössä vielä 4-vuotiaana, mikä häiritsee syömistaitojen kehitystä.

H1: "Oon havainnut, että monissakin kulttuureissa karkeemman ruoan syöminen, niin sitä ei oikeen mielletäkään pienille lapsille, et aika sosemaisista ruokia tuntuu monetkin vanhemmat ajattelevan, että annetaan nyt sitten -- joissain kulttuureissa on totuttu et syödään sorminki aika pitkään, et meillä kuitenkin länsimaisissa kulttuureissa ajatellaan et se lusikka ois aika pienellekki, ja sit näihin on iha selkeesti pitänyt puuttuu."

H2: "Just monikulttuurisil on ehkä sitä, että ruokailutilanteet on hankalii ylipäänsä et lapsi kieltäytyy syömästä -- voi liittyä niin vahvasti siihen vuorovaikutustilanteeseen ne pulmat, että lapsi kieltäytyy syömästä ja sitte siitä tulee vähä semmonen noidankehä, että vaikkei periaatteessa oo mitään motorista pulmaa niin se on tosi vaikee se tilanne."

H3: "Jotkut lapset ei päiväkodil syö, mut sit jos kotona syödään oman kulttuurin ruokaa, joka on tosi erilaista kuin se päiväkodin suomalainen ruoka, niin sit se voi olla sitäki, et lapset on että mikäs tää homma on, et eihän ruoka oo tämmöstä."

6.2 Lasten syömisvaikeuksien puheterapeuttinen arviointi

Syömisvaikeuksien arviointikertojen määrä vaihtelee perusterveydenhuollossa. Arviointi saattaa koostua vain yhdestäkin kerrasta puheterapeutin vastaanotolla, mutta tyypillisesti arviointijakso koostuu 1–4 kerrasta, joihin usein sisältyy havainnointi- ja haastattelukäynti lapsen päiväkodissa. Haastateltavat kertoivat, että ennen perheen tapaamista esitietoja saa jonkin verran lähetteestä. Lisäksi joitain tietoja voi saada etukäteen kun perhe ottaa yhteyttä varatakseen arviointikäynnin.

H4: ”Ne on käyny pari kertaa yleensä, noin tunnin käyntejä, mut on saattanu mennä kauemminki, riippuu miten paljon on taustatietoja et miten paljon vanhemmat kertoo.”

H6: ”Siitä [esitietolomakkeesta] pystyy aika paljon poimimaan jos lapsi suosii tietyn tyyppistä ruokaa, et onks siel jotain löydettävissä -- tiettyjä juttuja, et onks se syöminen aina hankalaa vai onks se vaan sillon ku äiti syöttää tai jossain muussa paikassa.”

Haastateltavat käyttivät keskenään pitkälti samanlaisia arviointimenetelmiä. He mainitsivat tärkeimmäksi vanhempien haastattelun, jonka avulla voidaan saada yksityiskohtaisia tietoja lapsen syömistaidoista ja kehityksestä. Usein jo haastattelun perusteella voi saada käsitystä siitä, mitä vaikeuksien taustalla saattaa olla. Haastattelussa usein selviää, kuinka rajoittunut lapsen ruokavalio on sekä millaisia ruokia lapsi suosii ja millaisia välttelee. Haastattelussa selvitetään myös vanhempien näkemyksiä lapsen taidoista ja syömisestä sekä pyritään hahmottamaan perheen arjesta keskeisiä asioita, esimerkiksi ruokailutilanteen kesto ja sujuvuus. Vanhempien haastattelu etenee keskustelunomaisesti, jolloin vanhemmat voivat itse tuoda esiin ajatuksiaan ilmenevistä ongelmista ja niiden vaikutuksista. Samalla puheterapeutti saa tietoa perheen elämäntilanteesta, motivaatiosta ja voimavaroista.

H1: ”Vanhempaa haastatellen, et miten -- syömistilanteet arjessa, kuinka kauan kestää ruokailu ja -- kuinka itsenäisesti lapsi pystyy syömään ja miten kaikki häiriöherkkyys.”

H3: ”[Kysyy] allergiat ja onko refluksia tai pienenä sairastanu hirveen oksennustaudin tai jotain mist on voinu jäädä joku trauma tai semmonen, et on tiettyjä tavallaan taustatekijöitä, mitä on hyvä puheterapeuttina selvittää, mikä ei ehkä muilla tuu mieleen.”

H7: ”Onko kovin autettava vielä -- pystyykö juomaan lasista tai mukista -- kysytään pystyykö lapsi sanotaan kaks-kolme-vuotiaana, että no pureskeleeko porkkanaa ja pystyykö jo syömään vai onko soseutettua ruokaa, et siinä arvioidaan jo minkä tyyppinen se koostumus on.”

Kaikissa haastatteluissa keskusteltiin havainnoinnista yhtenä arviointimenetelmänä, jota puheterapeutit sanoivat käyttävänsä aina arvioinnissa. Haastateltavat kuvailivat, että he havainnoivat lapsen motoriikkaa, sensoriikkaa ja yleistä tapaa olla kontaktissa. Huomio kiinnitetään esimerkiksi siihen, miten lapsi lähtökohtaisesti suhtautuu kosketukseen keholla ja suun alueella. Lisäksi he kertoivat tarkkailevansa lapsen istumista, hengitystä ja suun alueen liikkeitä. Viisi haastateltavaa kertoi usein käyttävänsä arvioinnin apuna *Oral Placement Therapy* (OPT) -menetelmän välineitä, kuten purutuubia.

H2: "Syömiseen vaikuttaa kaikkee istuma-asennost lähtien -- miten vanhempi siinä toimii ja puheterapeutina yritän aina olla sensitiivinen sen suhteen, et mikä se ydin siinä oikeestaan on -- semmonen kokonaisuuden hahmottaminen, että mikä on se ongelma."

H1: "Motoriikkaa arvioin ihan noilla OPT-välineillä -- et onko ylipäättään motorista pulmaa, sit sensoriikkaa että onko yli- vai aliherkkä -- ja tietenki sen lapsen kun näkee siinä et yleisilme, ja onko suu lepoasennos paljon auki ja kuolaako -- pystyykö puhalltaa, imee pillillä, kaikki nää -- tää on semmonen perussetti minkä siinä aina käy läpi."

Yhtä lukuun ottamatta kaikissa haastatteluissa tuli esiin, että vanhempia pyydetään tuomaan ruokia ja ruokailuvälineitä mukaan arviointikäynnille. Näin puheterapeutti voi seurata, miten lapsen syöminen sujuu sekä sensomotoristen taitojen lisäksi tarkkailla syömistilannetta laajemmin. Lapsen syödessä voi esimerkiksi havainnoida, miten ruoka pysyy suun sisällä, miten lapsi nielaisee ja onko syömisestä havaittavissa tietynlaisten ruokien suosimista tai välttelyä. Lisäksi voidaan seurata, kakooko tai yskiikö lapsi, ja onko syöminen sotkuista tai hyvin hidasta. Haastateltavat totesivat, että syömistaitojen havainnoinnin lisäksi tilanne tarjoaa mahdollisuuden seurata vanhemman tapaa toimia tilanteessa sekä lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta.

H2: "Toivotaan aina, et vanhemmat tois jotain syötävää mukana, et ois tuttua ja hyvin menevää ruokaa ja sit jotakin mikä ei vielä niin mee, et arvioidaan sen ruoan avulla -- miten lapsi ylipäänsä istuu tuolissa, millanen se asento on, millaset ruokailuvälineet käytös -- millaset astiat ne on mistä tarjotaan, syökö lapsi ite vai syöttääkö vanhempi."

H5: "Ihan katsotaan sitä, että miten se ruuan syöminen sujuu -- että näkee vähän mitä se kieli siellä suussa tekee, mitä leuka tekee."

H1: "Ylipäänsä aattelee sitä vuorovaikutusta -- se on aika herkullinen tilanne kun vanhempi ja lapsi on tässä ja yleensä he syö molemmat siinä -- oon ohjeistanu, että äitiki tai isä ottais mukaan jotai kans et voi syödä, että lapselle on tärkeetä antaa se malli et tässä me aikuisetki syödä, niin siihen ku pääsee kiinni, et miten teillä sujuu, onks se ruokailutilanne semmonen lepposa niinku sen kuuluis olla semmonen hetki."

Yleisimmäksi arvioinnin haasteeksi haastatteluissa mainittiin syömistilanteen epäluonnollisuus vastaanotolla. Tilanne on lapselle keinotekoinen, mikä oli herättänyt haastateltavissa epäilyksiä, kuinka luotettavia ja totuudenmukaisia havaintoja syömisestä on silloin mahdollista tehdä. Lasta saattaa olla myös vaikea motivoida syömään vastaanotolla, eikä se onnistu välttämättä ollenkaan. Haastatteluissa mainittiin arvioinnin haasteeksi myös se, että kyseessä ovat pienet lapset, joiden kanssa yhteistyö ei ole aina itsestään selvää ja helposti sujuvaa. Lasta saattaa olla vaikea pitää aloillaan ja toimimaan tavalla, joka olisi puheterapeutin arvioinnin tavoitteena. Lisäksi havaintojen tekeminen pienen lapsen suun alueelta voi olla haastavaa ja vaatii kokemusta. Osa haastateltavista sanoi kokevansa yhdeksi arvioinnin haasteeksi oman epävarmuutensa.

H3: "Vaikka vastaanotolla havainnoisi sitä syömistä niin ei se kuitenkaa oo oikea ruokailutilanne, että siit ei saa kaikkee tietoo, mitä saa vuorovaikutuksesta ja muusta siellä oikeessa elämässä."

H4: "Pienten kanssa se [arviointi] ei ole niin yksinkertasta -- ne on näin pieniä ja kun pitäisi päästä sinne lapsen suunki sisälle niin se on hankalaa, että ei aina välttämättä onnistu -- ja ku on niin pienet suut ja muutenki, niin havaintojen tekeminen voi olla tosi vaikeeta, että näkeekö nyt kaikki kielen liikkeet ja mitä lapsi tekee ja ne voi olla niin nopeita ku lapsi syö -- et siinä täytyy olla tosi tarkkana ja ei aina todellakaan huomaa kaikkea -- ehkä mä koen vaikeimmaks sen kun kyse on niin pienistä."

H7: "Miten ne [lapset] niinku ko-opperoivat, ku ne on niin hirveen intiimejä nää suun alueen asiat -- et ei oo sillä lailla helppoo, et siinä joutuu vanhempaa käyttämään hyväkseen -- et miten saat lapsen mukaan siihen."

H1: "Vielä ainaki ite kokee kun ei niin paljon kuitenkaan niitä nää, että mikä on normaalia -- ja mistä pitää olla tosi huolissaan."

6.3 Lapsen lähiympäristön ohjaus

Haastateltavat kertoivat, että perusterveydenhuollossa lasten syömisvaikeuksien kuntoutusmenetelmänä on lähes aina lapsen lähiympäristön, erityisesti vanhempien, ohjaus. Ohjaus toteutuu yksilöllisesti lapsen kehitystason ja vanhempien huolen mukaan. Tavoitteena on, että ohjausta annetaan niin pitkään kuin ongelmat ovat ajankohtaisia. Tavallisesti puheterapeutit sopivat myös seurannan noin kahden kuukauden päähän viimeisimmästä ohjauskerrasta. Joidenkin perheiden avuksi yksikin ohjauskerta, mahdollisesti vain puhelimen välityksellä, voi riittää. Kaksi haastateltavaa totesi, että 8–10 ohjauskertaa on heidän kokemuksensa mukaan enimmäismäärä, koska mahdollisuuksia antaa pidempiä ohjausjaksoja ei perusterveydenhuollossa ole. Kolme haastateltavaa

mainitsi ohjanneensa ja seuranneensa lapsen syömistaitoja pisimmillään yli vuoden ajan, mikä on perusterveydenhuollon tasolla pitkä aika.

H7: "Aina on huomannu semmosis tapauksis, joissa perhe, minä kuntouttaja tai kuntouttajat, ja sitten se arjen päivähoito, jos ne toimii yhteen niin aaaah, se lähtee lentäen se lapsi -- se [ohjaus] on oikeestaan se melkein tärkein palikka siinä kuntoutuksessa."

H2: "Mul on ollu asiakkaita, että ne on menny ihan sillä yhdellä ohjauksella tai sit mä oon ehkä sopinu soittoajan hetken päähän -- vähä riippuen kuinka iso se vanhempien huoli ja kuinka isolt se ongelma näyttää -- ja yks lapsi varmaan oli sen vuoden verran tässä harvakseltaan ohjauksessa."

Haastateltavat korostivat, että syömisvaikeuksien kuntoutuksessa vanhemmilla on tärkeä rooli, ja että puheterapeutin tehtävänä on tukea ja ohjata heitä löytämään sopivia keinoja. Ohjaus toteutuu pohtimalla lapsen syömisen ongelmia yhdessä vanhempien kanssa ja keskustelemalla, miten ruokailutilanteista saisi mieluisempia. Haastateltavat kertoivat antavansa vanhemmille konkreettisia neuvoja, jotka olisivat mahdollisimman käytännöllisiä ja soveltuisivat perheen arkeen tukemaan lapsen syömistä. Mainittuja käytännön neuvoja olivat esimerkiksi suositukset ruuan makuun, koostumukseen ja määrään sekä ohjeistukset sopivista ruoka-ajoista. Yksi haastateltava kuvaili, että hän kokee itsensä vanhempien kumppaniksi ja perhe itse on se, joka tekee työn. Osa haastateltavista mainitsi, että he aloittavat ohjauksen jo ensikäynnillä, jotta perhe saa heti joitain apukeinoja mukaan. Vanhemmat on myös tärkeää saada tietoisiksi siitä, mitä kaikkea syömiseen sisältyy: syöminen on kokonaisvaltainen tapahtuma, jossa vuorovaikutuksella on merkittävä rooli. Kaksi haastateltavaa kertoi antavansa vanhemmille mukaan konkreettisia listoja tai kirjallisuussuosituksia aiheesta.

H4: "Se on vanhemman kanssa yhdessä pohtimista ja keskustelua, että miten kotona vois syömistä viedä eteenpäin -- ja samalla kun katsotaan lapsen syömistä ni voidaan yhdessä miettiä, että mikä siinä sujuu hyvin ja mitä voitais muuttaa tai tehdä toisella tavalla ja siinä kertoo vanhemmille vinkkejä -- et tavallaan alotan ohjaamisen jo heti niillä arviointikäynneillä mut tietysti varataan iha erillisii ohjantakäyntejä -- ja sen näkyväksi tekeminen vanhemmille, että syöminen ei ole vaan sitä, et laitetaan ruoka suuhun ja pureskellaan nielastaan vaan siihen kuuluu paljon eri asioita."

H3: "Asioiden selittäminen ja yleisii ohjeita, että säännölliset ruoka-ajat ja ei ylimäärsiä välipaloja, koska sit ei tuu se olo, et tarttis syödä ku on ruoka-aika -- ohjeistaa, että vanhemmat tai edes joku söis yhdessä lapsen kanssa ja näyttäis mallia itse -- ja jos lapsi osaa syödä taidollisesti itse nii häntä ei sit syötettäis."

H2: "Ylipäänsä semmonen ilo siihen ruokailutilanteeseen liittyen, et sais sitä pakottamista pois, et sen pitäis olla kivaa ja miten siihen ruokaan vois tutustua ilman, et siin on mitään painetta laittaa sitä suuhun -- jotenki kivalla asenteella tukee sitä syömistä."

Kaikissa haastatteluissa nousi esille, millainen vaikutus syömisvaikeuksilla on lapsen vanhempiin. Haastateltavat korostivat, että lapsen syömisestä aiheuttavat vanhemmille usein huolta, stressiä ja hämmennystä. Lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen verrattuna lievätkin syömisestä aiheutuvat pulmat voidaan kokea hyvinkin kuormittavina. Vanhempien huolen taustalla on usein pelko siitä, saako lapsi tarpeeksi ravintoa, kehittykö lapsi ja pysyykö lapsi terveenä. Haastateltavat kertoivat, että vanhempien tukeminen ja heidän huolensa purkaminen kuuluu keskeisesti ohjaukseen. Vanhempien huolen tunnistaminen, kuunteleminen ja kunnioittaminen saattavat tuoda suurtakin helpotusta perheen tilanteeseen ja auttaa lapsen syömistaitojen kuntouttamisessa.

H3: ”Syömisessä on tietty taval semmonen elämän ja kuoleman asia, et ihmisen on pakko syödä, niin jos lapsi ei syö niin se huolen määrä, minkä se aiheuttaa tai voi aiheuttaa vanhemmassa on ihan järjetön -- jos jokaisesta aterias kestää kaks tuntia ja kaikki ruoka pitää käytännössä käsin syöttää tai hän ei muuten syö ja on pelko siitä, et hän kuolee jos hän ei syö ja sit koko elämä pyörii sen ympärillä, et miten me saadaan se syömään -- vaikka ois lopulta isos mittakaavas pieniki ongelma niin se huoli voi olla kauheen iso.”

H1: ”Ne [syömisvaikeudet] voi kuormittaa perhettä aika paljonki, niin ihan että saat jonkun kanssa jutella niistä, niin siitäki saa tukea -- et sitäkö ei pidä väheksyä ollenkaan, että seki merkitys niillä ohjantakäynneillä kyllä on.”

H6: ”Jos vanhemmilla on suuri huoli, niin usein jo se, että -- kuuntelee ja ottaa tosissaan, antaa jonkun pienen jutun, niin se voi olla jo ihan riittävä, et se heilahtaa sit eteenpäin.”

Vanhempien huoli tuo omat haasteensa ohjaukseen. Vanhempien kanssa on osattava olla sensitiivinen ja ymmärtäväinen, mutta samalla jämäkkä ja suorasanaisten. Usein syömisvaikeuksien kokeminen kuormittavana häiritsee perheen vuorovaikutusta ja saattaa ylläpitää tai pahentaa syömisestä aiheutuvia ongelmia, mutta puheterapeutin voi olla vaikea puuttua näihin asioihin. Vanhemmat voivat liittää lapsen syömisongelmat omaan vanhemmuuteensa, mikä täytyy huomioda ohjauksessa varovasti. Vanhempien tehtävänä on turvata lapsen kasvu, joten he saattavat turvautua äärimmäisiinkin keinoihin, kuten väkisin syöttämiseen, saadakseen lapsensa syömään. Osa haastateltavista mainitsi, että puheterapeutti voi joutua puuttumaan myös perheiden mobiililaitteiden käyttöön. Vanhemmat saattavat ottaa hankaliin ruokailutilanteisiin avuksi mobiililaitteen, joka ei kuitenkaan oikealla tavalla motivoi lasta syömään ja voi häiritä vuorovaikutusta.

H2: ”Saa olla aika herkillä itekki, ettei loukkaa vanhempia -- et sais esitettyä sen asian sillai et he on tehny parhaansa ja kaiken sen mitä pystyy ja ei oo mitään tehty väärin -- huoli vaan on niin suuri niin ehkä se on hankalin, et ei halua loukata heidän tunteita.”

H6: ”Yks ehkä haastavin oli, et lapsi istutetaan tuoliin, äiti menee selän taakse ja ottaa [lapsen] käsist kiinni ja isä rupee työntää ruokaa, ja sit sitä kattoo sillee uugh, et miten lähtee semmoseen puuttuu, koska heidän ensisijanen tehtävä on saada lapsi syömään ja he on kokeillu kaiken ja tää toimii ainaki jonkun verran, et miten sitä lähtee työstämään, koska heidän ykköstehtävä on saada se lapsi kasvamaan ja pitää se hengissä.”

H3: ”Monesti jos on tosi vaikeeta se syöminen ja lapsi syö tosi vähän ja vanhempi on tosi huolestunut, niin se alkaa vaikuttaa siihen, mimmonen se syömistilanne on kotona ja vuorovaikutukseen ja vanhemmuuteen -- aika paljon on lapsia, jotka pystyy keskittyy syömiseen vain jos saa kattoo vaikka iPadilta jotain samalla, et se kiinnittää siihen pöytään ku se ruoka ei kiinnosta ja sit siinä voi samalla lappaa suuhun vanhempi tai lapsi itse ruokaa, niin ei se oo niinku kunnon vuorovaikutustilanne.”

Haastateltavat mainitsivat, että tavoitteiden miettiminen voi olla vaikeaa erityisesti, jos taustalla ei ole selviä motorisia ongelmia, jolloin tavoitteeksi voisi asettaa selkeästi oraalmotoriikan vahvistamisen. Haastateltavat sanoivat ottavansa aina vanhemmat päärooliin tavoitteiden suunnittelussa, koska taitojen harjoittelu tapahtuu arjen ympäristöissä. Vanhempien motivoinnissa ja sitouttamisessa puheterapeutin on osattava huomioida perheen elämäntilanne ja voimavarat. Tärkeänä osana ohjausta on selvittää vanhempien asenteet ja käsitykset lapsen kehityksestä. Vaikka vanhempien huoli on haastateltavien mukaan yleistä, saattaa joillain vanhemmilla olla erilaiset käsitykset lapsensa taidoista, syömisongelmista ja niiden kuntouttamisesta kuin puheterapeutilla. Puheterapeutit olivat kohdanneet tilanteita, joissa vanhemmat eivät olleet motivoituneita tekemään ruokailutilanteisiin tarvittavia muutoksia tai muuten edistämään syömistaitoja, jolloin koitiin annetut ohjeistukset olivat jääneet jopa kokonaan toteuttamatta.

H2: ”Se tavote ei välttämättä oo et ruokavalio heti laajenee tai muuta, vaan et syöminen ois kivaa ja kaikil ois kivaa -- pitäis yhes miettii mitä he pystyvät tekemään ja se tavote vanhempien kaa yhdessä, et mä en voi sanoo et tavote on tämä.”

H4: ”Perheitten kanssa puhutaan, että se syömisin prosessi etenee pienin askelin, että se tietysti on meidän kaikkien toive et lapsi alkaisi syömään samalla tapaa kuin tyypillisesti lapset alkaa sen ikänsä, mut meidän tavoitteet voi olla pienempiä, et päästään soseista jo vähän muussautuviin ruokiin ja siitä sitten eteenpäin.”

H6: ”On tietysti näitä, jotka ajattelee et no, tää pitäis nyt hoitaa täs naps kuntoon tyypisest, mutta se on hirveesti niitten vanhempien asenteesta kyl kans kiinni.”

H7: ”Joskus aatellaan että muutamalla sipasulla tai jutulla sais sen etenemään, mutta ne saattaa olla ne askeleet toooooosi pieniä - - mut jotkut sitoutuu todellaki tekemään ja täytyy se kokonaisuus kattoo, et mitkä on perheen voimavarat -- vanhempi ei ehkä miellä niitä asioita sillä tavalla tai kiireen tai mikä on se arki, ettei me pystytä ei me voida et ei oo kiinnostusta sit kuitenkaan tai aatellaan, että sen joku muu tekee -- mut kyl se vaan surullista on jos ei perhe oo mukana eikä motivoitunu eikä niinku ehkä ymmärrä.”

Epäsuorien keinojen lisäksi osa haastateltavista kertoi käyttävänsä suoria menetelmiä syömiskuntoutuksessa. Jos syömisvaikeuksiin liittyy oraalimotorisia ongelmia, voi *Oral Placement Therapy* (OPT) -menetelmän välineistä olla apua. Yksi haastateltava kertoi kokevansa apuvälineet erittäin hyödyllisiksi ja suosittelevansa niiden hankkimista vanhemmille. Kolme haastateltavaa puolestaan sanoi, ettei markkinoi välineiden hankkimista esimerkiksi niiden hinnan takia. Sen sijaan he kertoivat suosittelevansa sellaisten ruokien käyttämistä, joiden kautta lapsi saa motorista harjoitusta ja samalla totuttelua eri ruokiin. Osa haastateltavista toi esille, etteivät he mallita syömiseen liittyviä kuntoutusharjoituksia lasten kanssa yhtä paljon tai ollenkaan verrattuna muihin asiakasryhmiin. He eivät siis itse puutu lapsen syöttämiseen vaan vastuu on vanhemmilla. Puheterapeutti seuraa tilannetta, ohjaa sanallisesti ja antaa vanhempien toiminnasta palautetta.

H1: "Jos on nähny et on heikko pureskelu niin esimerkiks porkkanatikkujen puremista, ihan tämmösii konkreettisii, et en oo oikeestaa kellekkään esimerkiks näitä OPT-välineitä suosittanu ostaa, ku ne on aika arvokkaita ja oon kokenu, että jos pystyis vaan yhdistää johonki välipalaketkeen niin se tuntuis mielekkäältä -- tämmösii hirveen konkreettisia asioita, käytännön juttuja liittyen aikaan ja ruoan rakenteeseen."

H4: "Kun lapsi tossa syö, niin oon saattanu itsekin ottaa niit ruokia ja näyttää vanhemmille, miten he voi näyttää mallia lapselle syömisestä, et vaikka liotelluista suun liikkeistä, kielen liikkeistä tai miten ruokaa voi käyttääkin välineenä toisen ruoan syömiseen -- olen siinä vaan semmosena neuvojen antajana ja kuuntelijana, et mähän en itse suoraan lasten kanssa tee vaan että vanhemmat syöttää."

Kaikissa haastatteluissa tuotiin esille useita kertoja kulttuurierojen vaikutus ohjaukseen. Puheterapeutille vierasta kieli- ja kulttuuritaustaa edustavan perheen ohjauksessa voi esiintyä monia samanlaisia haasteita, joita muidenkin perheiden kanssa voi tulla vastaan. Haastateltavat toivat kuitenkin esiin joitain ohjauksen haasteita, jotka liittyvät erityisesti monikielisyyteen ja kulttuurieroihin. Yhteisen kielen puuttuminen voi vaikeuttaa ohjausta ja yhteistyötä vanhempien kanssa. Puheterapeutilta voi jäädä saamatta keskeisiä tietoja lapsesta, ja samoin vanhemmilta voi jäädä ymmärtämättä paljon olennaisia tietoja. Haastateltavat kertoivat käyttävänsä apuna tulkkia, jos yhteistä kieltä ei ole. Lisäksi eri kulttuurit saattavat vaikuttaa vanhempien käsityksiin lasten syömisvaikeuksista ja niiden kuntoutuksesta. Haasteeksi mainittiin myös se, että vieras kulttuuri on otettava huomioon, mutta arvostaen ja sensitiivisesti.

H1: "Ku joutuu käyttää tulkkia nii välillä jää mieltii et käyttäkö semmost selkeetä kieltä, mikä tulee ymmärretyks ja oon huomannu sen, et monet ajattelee tosi erilailla tästä, en sano et tarvis olla eri kulttuuristakaan et käsitykset vaihtelee, et kyl on haasteita."

H5: "Mitä me ajatellaan syömisestä saattaa olla ihan eri -- voi olla et lapsi syö yksin pöydällä ja vanhemmat syö olkkarin lattialla, niin siinäkin jos ohjataan, että hankkikaa syöttötuoli ja ruokapöydässä syödään ja jos ei se kuulu siihen kulttuuriin, niin mitä sitten -- jos tarvitaan tulkkeja niin on tietysti toisenlaista se ohjaaminen, ettei oo niin luonnollinen tilanne -- sit jos vanhemmat kuulee sitä huolta vaan muualta ja ei ite koe sitä niin isoks ongelmaks niin se tietysti on vaikeeta."

H3: "Se on aina vähän kinkkinen homma jos on toisesta kulttuurista perhe, kun ois hyvä tietää miten teidän kulttuurissa vaikka ollaan aterialla, mut haluais olla kulttuurisensitiivinen mut samalla et miten semmosii asioita kysyy ilman et kuulostaa siltä et profiloi -- ei voi tehdä oletuksia tai päätelmiä sen perusteella."

Haastateltavat kertoivat kokevansa hyödylliseksi ja tarpeelliseksi myös päiväkodin henkilökunnan ohjauksen. Päiväkodin henkilökunta on tärkeä yhteistyökumppani kuntoutuksessa, mutta sen ohjaaminen on usein erilaista kuin vanhempien. Päiväkodissa saattaa olla vahvat käsitykset ja vakiintuneet toimintatavat, jotka eivät välttämättä tue lapsen syömiskuntoutusta. Puheterapeutti voi joutua puuttumaan päiväkodin ruokailutilanteiden toimintakulttuuriin, erityisesti tilanteisiin, joissa lapsi kokee syömiseen pakottamista. Kaksi haastateltavaa kertoi kohdanneensa tilanteita, joissa päiväkodin ajatusmallit olivat olleet heidän yllätyksekseen hyvinkin voimakkaita. Eräs haastateltava mainitsi yhdeksi haasteeksi sen, ettei puheterapeutilla ole mahdollisuutta seurata ohjannan toteutumista päiväkodissa.

H5: "Päivähoidon ohjaus välillä täytyy olla suorempaa, et niihin asenteisiin on mentävä sanomaan, et näin ei voi toimia, et teidän täytyy tehdä näin -- tuntuu et nykyään enemmän on kyl sitä, että tiedostetaan ja tiedetään paremmin -- mut suorempaa ohjausta ja kehua toki mitä he tekevät hyvin, mut just enemmän perustella, että ei voi laittaa sitä kastiketta ja perunamuussii sekasin jos se lapsi ei siihen sit koske."

H1: "Mul on kyllä ihan hyvä kokemus sinne päiväkotiin -- ilmeisesti on vähän vanhaa toimintakulttuuria versus nämä tuoreemmat näkemykset, et mitä vaaditaan lapsilta et tää perinteinen pitääks ensin ruoka syödä sit vasta saa näkkärin, mut nämä lapset ei syö välttämättä ku sitä näkkäriä ja maitoo, et jostain heidän se energia saatava, ni yrittäny et ei saa olla pakottamista -- heillääkin on ilmeisesti enemmän keskustelu heränny, et mikä on toimintakulttuuri tässä asiassa, mut kuulostaa siltä, että he puheterapeuttia asiantuntijana mielellään kuulee ja ottaa vastaan ohjausta ja haluaa keskustella näistä."

H3: "Välillä semmosen tapakulttuurin kanssa työstäminen -- hämmentää kun joutuu sen äärelle et ei ollenkaan joka paikassa oo semmosta ja onneks -- et semmosii keskustelui joutuu välillä käymään mitä ei ehkä odottanut."

Haastatteluissa nousi esiin myös epävarmuuden kokeminen ohjauksessa. Kaksi haastateltavaa kertoi, että he olisivat toivoneet kokevansa varmemmiksi antamaan ohjeistuksia niin vanhemmille kuin päiväkodin henkilökunnalle. Osa haastateltavista mainitsi haasteeksi sen, ettei perusterveydenhuollossa ole mahdollisuutta tehdä säännöllisesti koti-

käyntejä eikä antaa tiiviitä kuntoutusjaksoja. Yksi Helsingin kaupungilla työskentelevä haastateltava sanoi kokevansa suurimmaksi arvioinnin ja ohjauksen haasteeksi sen, ettei kotikäyntejä ollut mahdollista toteuttaa heidän kunnassaan ainakaan senhetkisten työikäntöiden takia.

H5: ”Yks haaste et tietysti jos ois mahdollisuus se 40 tai 50 kertaa vuodessa nähdä -- ja olla kotona siel normaalis ympäristössä pitämässä terapiaa -- mut täällä ku me joudutaan tekee niin et me nähään vastaanotolla ja sitte me ohjataan jotain kotiin tai ohjataan jotain päiväkotiin ja kokeillaan toimiiko se.”

H4: ”Tuntuu et asioit paljon enemmän ku on aikaa antaa perheille ja tietysti ku tää on itsellekin aika uusi asia niin on välillä epävarma et no mitä nyt kannattais perheitten lähtee tekemään, et vaatii kyl paljon perehtymistä ja etukäteen asioiden pohtimista ja selvään ottamista.”

Haasteista huolimatta kaikki haastateltavat kertoivat kokevansa, että pääsääntöisesti yhteistyö ja lähiympäristön ohjaus sujuivat keskustellen ja mukavassa ilmapiirissä. Tavallisesti lapsen vanhemmat ottavat ohjauksen vastaan erittäin vastaanottavaisina ja kiitollisina, koska he ovat saattaneet kamppailla vaikeuksien kanssa pitkään. Osa haastateltavista kertoi, että yleensä he huomasivat ohjauksella olevan vaikutusta perheen toimintatapoihin, mutta toisinaan eivät.

H2: ”Kaikki ollu tosi sensitiivisiä, huolehtiviaisia sitä lasta kohtaan -- semmosii ihanii perheitä, en mä tiää onks se vaa sattuma, mut semmonen erityispiirre asiakaskuntana.”

H7: ”Se pieniki eteneminen et huomaa et suu menee kiinni tai [lapsi] on vuorovaikutuksessa -- niin näkee vanhemman naamasta ku ne on niin ilosia et on tultu ensiks sillai oi ja väsyttävää ja näin, mut sit kukapa nyt ei ilotsis lapsensa puolesta ja siitä ku se lähtee etenemään, vaikka ne ois pienii askeleita ni kuitenkin.”

H5: ”Lähestulkoon aina nää on sellasia keissejä, joissa vanhemman ohjaus jotenki toimii ja välil ne on sellasia, jotka menee aika helposti sillä ohjauksel, et vanhemmat tosi kiitollisia siitä, että asia on menny eteenpäin, mut on sit niitä joilla se on tosi pitkä tie.”

6.4 Moniammatillisuus ja puheterapeutin rooli

Haastateltavat kertoivat kokevansa, että moniammatillinen yhteistyö toteutuu perusterveydenhuollossa hyvin. He kuvailivat moniammatillisen työskentelyn lasten syömisvaikeuksien parissa olevan tarpeellista, ehdottoman tärkeää ja luovan turvallisuuden tunnetta työskentelyyn. Moniammatillisuuden myötä linjaukset ovat jonkin verran selkiintyneet siitä, kenen vastuulla mikäkin asia on. Kaikilla haastateltavilla oli mahdollisuus

konsultoida muita ammattiryhmiä, jos he kokivat sille olevan tarvetta. Yksi kuitenkin totesi, ettei hänellä ollut juurikaan kokemusta moniammatillisesta työskentelystä lasten syömisvaikeuksien hoidossa. Hän kaipasi enemmän yhteistyötä, esimerkiksi työryhmää, jossa havaintoja ja näkökulmia voisi jakaa yhdessä muiden ammattilaisten kanssa.

*H2: "Musta meil moniammatillisuus toimii hirveen hyvin, et jos tulee joku ongelmakoh-
ta ja miettii kuuluuks tää mulle vai jollekki toiselle, niin aina voi soittaa ja aina kysyy."*

*H3: "Siis ihanaa et sitä [moniammatillisuutta] on, koska ei oo niin yksin sen asian
kanssa ja saa tietoo, mitä ei itse pystyis hankkimaan -- et kyl se on tosi tarpeellista."*

*H4: "Oon aika paljon yksin sit näitä pohtinu, mut tietysti toivoisin et jatkossa olis mo-
niammatillisempaa -- mut et nyt ei oo ollu mitään semmost yhteistä."*

Moniammatilliseen työskentelyyn voi tilanteen mukaan kuulua useita eri ammattiryhmiä. Jos lapsen kasvusta ja riittävästä ravinnonsaannista herää huoli, voi lastenlääkäriin olla yhteydessä. Haastateltavat mainitsivat, että yleinen ja tärkeä yhteistyökumppani on toimintaterapeutti, joka on voinut puheterapeutin tavoin erikoistua ja perehtyä tavallista enemmän syömisvaikeuksiin. Joko puheterapeutti tai perhe itse voi olla yhteydessä ravitsemusterapeuttiin, jos tilanne tuntuu vaativan tämän apua ravitsemuksellisiin pulmiin. Espoon kaupungilla työskentelevät haastateltavat kertoivat, että lasten syömisvaikeuksien hoidossa yhteistyö perheneuvolan kanssa on tiivistä, ja perheneuvolan työntekijä saattaa olla alusta asti mukana työskentelyssä. Muita yhteistyötahoja ovat päiväkodin henkilökunta, psykologi, fysioterapeutti, perhetyöntekijä, sosiaaliohjaaja ja vauva-perhetyöntekijä. Yksi haastateltava toivoi enemmän yhteistyötä hammaslääkäreiden kanssa.

*H6: "Meil on aika paljon tullu syömisasiakkaita -- automaattisesti moniammatilliseen
arvioon, että siel voi olla psykologi, toimintaterapeutti, puheterapeutti, vähä riippuu sii-
tä lähetteen sisällöstä niin sen mukaan moniammatillisuutta -- tässä asiakaskunnassa
pyritään ottaa myös perheneuvolan puolelta."*

*H7: "Ravitsemusterapeutit on niitä, joiden kanssa tekee ja -- toimintaterapeutti ja fy-
sioterapeutti -- ois tärkeitä et ois koko tiimi siinä kasassa."*

*H5: "Mulla on muutamia [asiakkaita], joilla on ollu tosi pahat purennan pulmat -- et
olis hirveen hyvä ku olis joku hammaslääkäri, jonka kans vois tehdä tiiviisti yhteistyötä
ja pohtia mikä millonki on mahdollista ja mitä kannattaa tehdä."*

Haastatteluissa selvisi, että lapsi ohjataan erikoissairaanhoidon, jos puheterapeutit ko-
kevat perusterveydenhuollon palveluiden olevan riittämättömiä lapselle. Erityisesti pu-
heterapeuttien epävarmuus syömistaitojen arvioinnissa saa heidät lähettämään lapsen

tarkempiin tutkimuksiin. Perusterveydenhuollossa ei esimerkiksi ole keinoja arvioida lasten nielemistaitoja, jos lapsella ilmenee syödessä voimakasta kakomista tai muita tukehtumiseen viittaavia oireita. Myös merkit lapsen kasvun vaarantumisesta, kuten painon putoaminen, ovat välittömiä syitä olla yhteydessä erikoissairaanhoidon.

H1: "Enemmän tällä perustasolla pyrittäis puuttuu varhaisesti -- mut sieltä [erikoissairaanhoidosta] on oltu, että soittakaa ehdottomasti et voi konsultoida."

H2: "Lähetttäisin varmasti siinä vaiheessa jos näyttää et siinä suun alueen motoriikas on jotakin tosi erikoista, vaikka ei pysty käsittelemään sitä ruokaa mitenkään tai se nieleminen on jotenki poikkeavaa -- tai jos poikkeuksellisen paljon pulauttaa tai oksentaa, niin sitte mietityttää et mist se johtuu."

H4: "Aika tapauskohtaisesti, et millon tuntuu että ne keinot mitä mulla on käytettävissä on kaikki kokeiltu ja jos tulee oikeesti huolta lapsen kasvusta, et jos paino alkaa tippua ja muuta tämmöstä kasvuun liittyvää huolta enemmän tulee niin sitten ehdottomasti"

Kaikki haastateltavat kertoivat konsultoineensa erikoissairaanhoidoa. He olivat yhteydessä erityisesti erikoissairaanhoidossa työskenteleviin puheterapeutteihin, kun tarvitsivat apua. Erikoissairaanhoidosta saadut arviot lisäävät haastateltavien mielestä varmuutta työskennellä lapsen kanssa, koska on tiedossa, että lapsi on käynyt perustasoa tarkemmissa tutkimuksissa. Haastateltavat kertoivat kaipaavansa varmistusta erityisesti syömisen turvallisuuteen liittyen. He kertoivat kokevansa, että yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä sujuu kokonaisuutena hyvin, vaikka satunnaisia työnjaon haasteita saattaa olla. Osa haastateltavista kertoi, että erikoissairaanhoidosta oli ohjattu lapsia heille perusterveydenhuoltoon arviointi- ja kuntoutusjaksoille.

H2: "Yhen lapsen kohal mietin ku nesteiden nieleminen oli hankalan näköstä niin kysyin, et onko oikeesti turvallista niellä ja he oli erikoissairaanhoidos sitä mieltä et joo on iha turvallista ni sitten selvä -- sit se ei oo omalla vastuulla, et haluu et vastuu on jossain muualla kun ite ei ollu niin varma -- lähinnä ruokailun turvallisuuteen liittyen et nieleminen onnistuu ja ei oo mitään mitään fysiologista syytä, miks lapsi ei voisi niellä."

H6: "Oli siis joku rakennevika, et sitä [lasta] oli leikattu ja operoitu ja erikoissairaanhoidosta sanottiin et voisi hyötyä perusterveydenhuollosta, et pärjää hyvin ja tuli äidin kanssa tänne ja oli omat eväät mukana ja äiti seurasi tarkkaan sitä ja sit sano et nyt se rupee tukehtumaan -- totesin siinä vaihees et tää ei nyt oo ehkä ihan perusterveydenhuollon asia kuitenkaan, ku me ei niistä operaatioista sinänsä tiedetä, et siinä tarvitaan erikoissairaanhoidon osaamista ja tietoo mitä on ne leikkaustoimenpiteet ja muut ollu."

Syömisvaikeuksien monimuotoisuuden takia puheterapeutin roolia niiden hoitamisessa on toisinaan vaikea määritellä. Taustalla vaikuttavat syyt saattavat olla sellaisia, jotka eivät kuulu puheterapeutin erityisosaamiseen, mutta nousevat vastaanotolla esille. Haas-

tateltavat kertoivat kokevansa omaksi vahvuusalueekseen oraalimotoristen ongelmien arvioinnin ja niiden kuntouttamisen. He mainitsivat kokevansa vahvuudekseen myös lapsen kokonaiskehityksen tarkastelun, perheen tukemisen ja syömisvaikeuksien kokonaisvaltaisuuden ymmärtämisen. Osa haastateltavista kertoi ottaneensa tavaksi kysyä syömistaidoista lähes jokaisen asiakkaan arvioinnin yhteydessä tulositystä riippumatta.

H7: "Pitää olla tarkkana mistä mä saan ton tiedon, mitähähä nyt käyttäisin ja hei tää oli tällöinen tapaus, et kyl me [puheterapeutit] saadaan olla melkosii Sherlockeja."

H6: "Vaik ne motoriset jutut on mun mielest meidän ykköshomma, ni otetaan kaikkee muutaki [huomioon], et jonkun perheen kans keskustellaan, et ois ihan hyvä hankkii kotiin ruokapöytä, et voisitte istuu pöydän ympäril yhtä aikaa kun syödään."

H3: "Semmosen kanssa työskentely, mikä sit tavallaan liittyy enemmän siihen vanhemmuuteen ja elämäntapaan, mikä ei oo oikeen puheterapian alaa -- et okei, tää ei oo sitä, missä voin heitä auttaa tai mikä kuuluu mun osaamiseen, niin mihin voisin ohjata tai mitä voisin ehdottaa -- et semmonen koordinaattorin rooli on välillä."

Osa haastateltavista pohti, että moniammatillisen yhteistyön sujuvuutta saattaisi entisestään parantaa muidenkin ammattiryhmien perehtyminen lasten syömisvaikeuksiin. Toisinaan työskentelyä saattaa haastaa se, että perehtyneisyyttä aiheeseen löytyy vain puhete-rapeutilta. Kaksi haastateltavaa mainitsi järjestäneensä koulutustilaisuuksia esimerkiksi terveydenhoitajille ja varhaiskasvatuksen ammattilaisille lasten syömisvaikeuksista lisätäkseen näiden tietoisuutta ja keinoja toimia kyseisten lasten kanssa.

H2: "Ois hyvä, että muut työntekijät, joihin se [syömisvaikeus] voi enemmän liittyä niin ottais ohjat käsiin ja saisivat kokemusta, ku must tuntuu et ehkä puheterapeutit on tarttunu tähän aihealueeseen ja hankkineet lisäkoulutusta, mut muiden ammattiryhmien kaa et he tekis sen saman."

H5: "Et jos ei siihen [syömiseen] oo erikoistunu niin voi olla, et on hankalampi sitä yhteistyötä viritellä -- kovasti me toivottais et ois joku, joka ottais kopin ja lähtis kiinnostumaan ja kouluttautumaan -- ja ehkä muodostuis sellasia yhteisiä toimintatapoja."

6.5 Puheterapeuttien valmiudet ja osaamisen kehittäminen

Haastateltavat kertoivat kokevansa lasten syömisvaikeudet ja niiden hoidon kiinnostavana, ja osa ilmaisi haluavansa erikoistua ja perehtyä niihin enemmän. Mielenkiinnon lisäksi työhön yhdistyy heidän mielestään sen haastavuus. Lasten syömisvaikeuksiin liittyy verrattuna moniin muihin puheterapeutin asiakasryhmiin korkeammat riskit. Haastavuus voi vaikuttaa puheterapeutin varmuuteen työskennellä lapsen kanssa, erityi-

sesti asiakaskunnan ollessa laaja, kuten perusterveydenhuollossa. Osa haastateltavista mainitsi, että lasten syömisongelmien parissa työskentely vaatii säännöllistä työkokemusta ja erityistä perehtyneisyyttä, jotta varmuutta, tietoa ja soveltuvia työskentelytapoja kertyy tarpeeksi.

H5: ”Mä luulen, et yks asia mikä vähä pelottaa monia, et jos ei siihen oo lähteny niin tulee se apua mitä jos mä teen jotai väärin ni mitä sit tapahtuu et voi voi, en uskalla ottaa kantaan kun ei tiedä voiko se sitten tukehtua tai jotain muuta.”

H7: ”Siinä ollaan vähän elämän kanssa tekemisissä -- et hissunkissun sinne suun sisään ja tarkkana miten lähtee etenemään -- et kylhän meidän täytyy tietää perusteet ja panna asia siihen malliin liikkeelle, että se menee eteenpäin, mut se on kuitenkin haastavaa -- varmaan lapsi edistyy, mutta tulee olo et onks tää nyt vaan räpellystä.”

H6: ”Tietysti sitä miettii, että just kielihäiriöinen niin se lapsi ei siihen kielihäiriöön menehdy, mut sit se [lapsi, jolla on syömisvaikeus] jos tukehtuu mun vastaanotolla tai ei saa riittävästi ruokaa -- ite kokee, että ne on haastavampia keissejä kyllä -- et siinä mieles on must iha hyvä, et se vähä keskittyy tietyille, koska sit saa semmost rutiiniä.”

Haastateltavat kuvailivat valmiutensa työskennellä lasten syömisvaikeuksien parissa olevan niin sanotusti perustasolla tai jonkin verran sitä parempi. Heillä on valmiudet aloittaa itsenäinen työskentely lapsen ja perheen kanssa, mutta suurin osa sanoi tarvitsevänsä usein konsultaatioapua. He toivoivat saavansa koko ajan enemmän kokemusta, jotta oppisivat lasten syömisvaikeuksien arvioinnista ja kuntoutuksesta lisää. Parhaiten valmiutta kehittää heidän mielestään nimenomaan työskentely lasten kanssa ja siten kokemuksen kerryttäminen. Osa haastateltavista kertoi, että he olivat työuransa alkuaikoina kokeneet työskentelynsä epävarmaksi, vieraaksi ja haastavaksi.

H1: ”Vähän mutulla tässä ja sillä kokemusperäisellä tiedolla ollaan menty -- tavallaan se valmius sinällään on, että tulee mitä tulee ja sitten lähetään kokeilemaan, näitä perusjuttuja osaa ja sit aattelee, että et aina oppii lisää.”

H5: ”Vaik kuinka paljon kuuntelee ja kouluttautuu niin kyl silti ne hommat oppii sillee et näkee niit lapsia ja perheitä ja näin, niin sitä kokemusta siin vaan tarvii.”

H4: ”Suurimman osan työurasta mähän oon vältelly syömisasioita -- et muistan ihan uran alkuvuosiltakin et on ollu todella valikoivasti syöjiä, mut ei sit oo osannu tavaltaan ottaa kantaa -- niin nyt joitakin vanhoja asiakastapauksia lähtis ehkä eri tavalla liikkeelle, et ottais enemmän huomioon sitä syömistäki.”

Kaikki haastateltavat sanoivat, että yliopiston peruskoulutuksessa lasten syömisvaikeuksia käsiteltiin niukasti ja vain sivuten osana laajempaa kokonaisuutta. He kertoivat kokevansa, että peruskoulutus antoi minimaalisen valmiuden tai ei minkäänlaisia valmiuksia työskennellä syömisvaikeuksien parissa. He kuitenkin huomauttivat, että erityi-

sesti perusterveydenhuollossa puheterapeutit kohtaavat paljon erilaisia asiakkaita, joten ei ole realistista odottaa, että peruskoulutuksessa perehdyttäisiin yhtä laajasti kaikkiin mahdollisiin vaikeuksiin, joita puheterapeutit voivat työelämässä kohdata. Haastateltavien mielestä erityisesti käytännöllisiä opintoja lasten syömisvaikeuksista sekä niiden puheterapeuttisesta hoidosta tulisi kuitenkin lisätä yliopiston peruskoulutukseen, koska vaikeuksien esiintyvyys on lisääntynyt perusterveydenhuollossa viime aikoina.

H4: "Ei saanu mitään [valmiuksia] -- et mä muistan, et ehkä jotain lusikasta ollaan puhuttu, että Savonian metallilusikka on ihan hyvä."

H5: "Se yks kurssi mitä syömis- ja nielemistoimintoja ja -häiriöitä silloin käytiin, niin ei se kyl mitään anna muuta ku ehkä sen, että tää on se juttu, missä te voitte tappaa sen potilaan, että se on ehkä se minkä siel oppii."

H3: "Mitä mä käytännössä teen kun ne tulee sinne vastaanotolle, niin siihen ei saanu valmiuksia, et kyl se on kaikki vaan työssä opittua -- perusterveydenhuollossaki voi tulla melkein mitä vaan vastaan, niin eihän toisaalt voi kaikkee siel yliopistollakaa käydä."

Kuusi haastateltavaa oli käynyt yhdessä tai useammassa lasten syömisvaikeuksiin liittyneessä täydennyskoulutuksessa. Koulutusten myötä he olivat mielestään saaneet laajempia näkökulmia lasten syömisvaikeuksiin, tietoa eri välineistä ja menetelmistä, sekä varmuutta omaan työskentelyyn. Koulutukset lisäävät käsitystä syömisvaikeuksien monimuotoisuudesta ja selkeyttävät moniammatillista yhteistyötä. Yksi haastateltava kaipasi koulutusta, jossa käsiteltäisiin lasten syömisvaikeuksien perusteita ja tavallisia kuntoutuskeinoja. Kaksi haastateltavaa mainitsi käyneensä etänä verkkokoulutuksia. Vaikka haastateltavat olivat kokeneet täydennyskoulutukset pääsääntöisesti hyödyllisinä, tuli koulutusten ristiriitaisuus esille. Erityisesti menetelmäkoulutukset voivat aiheuttaa puheterapeutille haasteita valitessaan perusterveydenhuoltoon soveltuvia menetelmiä.

H2: "Sensorinen puoli, mitä ei niin paljoo oo sit miettiny -- et selkeyttäny sitä miksi lapsi voi syödä jotakin rapeeta sipsiä, muttei jotakin lilluvaa lötköä -- sitä varmuutta siihen arvioimiseen myöski että kenen asiantuntemus nyt täs tilantees ois paikallaan."

H4: "Kyllä ne [syömiseen liittyvät] on ihan parhaita koulutuksii ollu -- et okei, nyt mä voisin lähteä harjotelemaan tätä asiaa ku aikasemmin on ollu, et ei missään nimessä, en halua koskeakkaan tohon asiaan, tavallaan ku ei ollu mitään tietoa et mistä lähtee jos tähän laitetaan semmonen 1-vuotias lapsi, niin mitä mä sille teen, miten mä sen syömisestä lähden katsomaan, mitä asioita siinä pitää ottaa huomioon."

H5: "Aina ku käy jonkun ison koulutuksen ni oppii lisää, mut myöski hämmentyy vähän lisää -- että sit täytyy vähän osata soveltaa ja soveltaa tähän perusterveydenhuollon tasoonki, et meil ei oo niin graaveja aina ne pulmat, vaikka toki voi olla niitäki."

Täydennyskoulutusten lisäksi haastateltavien kanssa keskusteltiin muista tavoista, joilla he tukevat ja kehittävät omaa osaamistaan lasten syömisvaikeuksien hoidossa. Yleisimmäksi keinoksi oppia lisää mainittiin kollegoiden ja muiden ammattiryhmien konsultointi. Yksi haastateltava kertoi arvioivansa jokaisen asiakastapauksen jälkeen omaa työskentelyään. Muita tapoja kehittää omaa osaamista ovat esimerkiksi tiedon etsiminen kirjallisuudesta tai verkostoituminen muiden puheterapeuttien kanssa sosiaalisessa mediassa. Kaksi haastateltavista toivoi oman osaamisen tukemiseksi työnohjausta.

H7: "Mä oon aina lähteny siitä, et me [puheterapeutit] ollaan kollegiaalisia ja tietoo jaetaan, et tää on niin vaativa työ, niin jos tässä nyt alkaa semmoseks panttaajaks niin siitä ei pääse kyl mihinkään."

H6: "On se mahdollisuus aina, et mä voin pyytää ihan mejän tiimikokouksessa, et nyt tarttis tähän vähän tukee ja apua, ettei tartte onneks tääl olla yksin -- se luo semmosen, et niit [lapsia] uskaltaa ottaaki, et jos oisin yksin jossain ainoona puheterapeuttina ja yrittäisin hoitaa, niin kyl vähän kyseenalastaisin et kuin paljon uskaltasin niit ottaa."

H3: "Aina voi mennä kysymään muilta -- sit jos Puheterapeuttiliiton lehdessä tai jossain Facebookin [puheterapeuttien ryhmässä] tai tämmösissä on aiheeseen liittyen niin tulee luettuu -- täytyy itse perehtyä enemmän ja saada kokemusta, et kehitty."

Haastateltavat sanoivat kokevansa oman työnsä merkitykselliseksi syömisongelmaisten lasten kanssa. Vaikka tapaukset ovat aina yksilöllisiä, työ on pääsääntöisesti luonteeltaan kiitollista ja vaikuttavaa. Työn merkitys on erityisesti siinä, että perhe saa apua ja tukea, vaikka kyse olisi pienestäkin asiasta. Syöminen on tärkeä taito, jota tarvitaan useita kertoja päivässä ja joka heijastuu moneen muuhun asiaan. Puheterapeutin työn vaikutukset ovat usein selkeitä ja konkreettisesti havaittavissa kun syöminen ja ruokailutilanteet alkavat sujua. Tavallisesti myös lapsen lähiympäristö arvostaa puheterapeutin osuutta ja työn merkitystä syömisvaikeuksien parissa.

H6: "He on siinä mielessä aika kiitollinen asiakasryhmä usein, että ku ne saa jotain pientä kättä pidempää nii ovat kovin tyytyväisiä, koska se näkyy konkreettisesti siinä arjessa."

H3: "[Kun] lapsi oppii niin se [merkitys] on iha valtava, paitsi toimintakyvyn kannalta, mut myös sen vanhempien huolen ja sen kaiken, et verrattuna moneen muuhun et joo voi alentaa toimintakykyä hirveesti jos lapsi ei pysty puhumaan tai ilmaisemaan itseään, mut se ei oo välitön kuolinsyy kuitenkaan, et kun niihin [syömisen] asioihin saa apua nii se on tosi iso juttu."

H7: "Meitähän sanotaan pikkulääkäreiks, et kyllä odotetaan tosi paljon ja tietenki kun näkee sen ilon ja edistyksen, niin täytyy sanoo et kyl se hyvälle tuntuu -- meissä [puheterapeuteissa] empatia ja tieto yhdistyy tosi korkeatasoesti -- ja puheterapeuttina on ollu kauheen kivaa aina liikkua tuolla, et kyl meitä osataan arvostaa."

7 POHDINTA

Syömisestä kehitykseen ja mahdollisten vaikeuksien syntyyn vaikuttavat sekä biologiset että ympäristön tekijät (mm. Burklow ym., 1998; Field ym., 2003). Lapsen syömisessä ilmenevät ongelmat voivat vaikuttaa monella tavalla lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen ja perheen elämän eri osa-alueisiin (esim. Motion ym., 2001; Rudolph & Link, 2002). Lasten syömisongelmien ja niiden puheterapeuttisen arvioinnin ja kuntoutuksen tutkimus on painottunut lähinnä diagnosointiin, vanhempien kokemuksiin ja erikoissairaanhoidon näkökulmaan (esim. Feldman ym., 2004; Greer ym., 2008; Miller ym., 2001; Nurkkala, 2013; Turunen, 2015). Tämän haastattelututkimuksen aihealue oli uusi, sillä laadullista tutkimusta lasten syömisvaikeuksista ei suomalaisten perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkökulmasta ole tehty.

Tämä haastattelututkimus pyrki luomaan kattavaa yleiskuvaa ja lisäämään tietoa perusterveydenhuollon puheterapeuttien työnkuvasta ja roolista lasten syömisvaikeuksien parissa. Syömisongelmaisten lasten määrän arvioidaan olevan koko ajan kasvussa (mm. Bell & Alper, 2007; Capilouto, 2017; Field ym., 2003; Fischer & Silverman, 2007). Monipuolisen tutkimustiedon saaminen aiheesta on ajankohtaista ja tarpeellista lasten osuuden todennäköisesti kasvaessa puheterapeuttien asiakasmäärissä. Tästä tutkimuksesta ilmeni, että puheterapeutit kohtaavat useita haasteita työskentelyssä. Erityisesti työuran ensimmäisinä vuosina puheterapeutit kokevat valmiutensa epävarmaksi, mutta kokemuksen myötä työskentelyvarmuus selvästi kehittyy. Tulokset olivat melko samansuuntaisia aiemman tutkimustiedon kanssa. Tähän tutkimukseen osallistuneiden puheterapeuttien näkemykset ja kokemukset osoittivat erityisesti työn haastavuuden ja monipuolisuuden, moniammatillisen työskentelyn tärkeyden sekä puheterapeutin työn merkityksen (esim. Bell & Alper, 2007; Fischer & Silverman, 2007; Zimmerman, 2016).

7.1 Tulosten pohdinta

Lasten syömisvaikeudet ja niiden taustasyyt muodostavat laajan kirjon (mm. Arts-Rodas & Benoit, 1998; Burklow ym., 1998; Field ym., 2003), joten perusterveydenhuollon puheterapeutit kohtaavat työssään niiden vaihtelevia ilmenemismuotoja. Tulokset

osittain tukevat näkemystä, jonka mukaan lasten syömisvaikeudet ovat yleistymässä (mm. Fischer & Silverman, 2007). Vaikeuksien monimuotoisuuden ja luokitteluvaikeuksien vuoksi ilmentymisen kasvua on kuitenkin vaikea määrittellä (Benjasuwantep ym., 2013; Rommel ym., 2003), erityisesti kun perusterveydenhuoltoon ohjautuvien lasten oirekuvat vaihtelevat. Erilaiset etiologiset taustat ja ilmenemismuodot saattoivat vaikuttaa siihen, että puheterapeutit kokivat lasten syömisvaikeudet osittain eri tavoin, riippuen omista kokemuksistaan. Tieteellisessä keskustelussa syömisvaikeuksien luokittelusta on eriäviä mielipiteitä (esim. Burklow ym. 1998; Rommel ym., 2003). Tulokset tukevat näkemystä, jonka mukaan syömisongelmien luokittelu yksittäisiksi diagnooseiksi ei ole yksinkertaista (Kerzner, 2009; Miller & Willging, 2003). Perusterveydenhuollossa kohdattavien syömisvaikeuksien taustalla on useimmiten behavioraalisia, sensorimotorisia, vuorovaikutuksellisia ja kehityksen viiveestä johtuvia tekijöitä, jotka ovat yhteydessä toisiinsa (mm. Carruth & Skinner, 2002; Hall, 2001).

Tuloksista voidaan päätellä, että perusterveydenhuollon puheterapeutille ohjautuvat syömisvaikeudet eivät ole erityisen vakava-asteisia, lapsen terveydentilaan vaikuttavia kokonaisuuksia. Vaikea-asteiset, ravitsemusta uhkaavat syömisongelmat liittyvät usein lääketieteellisiin diagnooseihin, esimerkiksi rakenteellisiin poikkeavuuksiin tai ruoansulatuskanavan häiriöihin (esim. Hall, 2001), jolloin lapsella on jo kontakti erikoissairaanhoidon kanssa. Perusterveydenhuollon puheterapeutin työnkuvaan kuuluu monien eri asiakasryhmien parissa työskentely, johon perustasolla tarjottavat tiedot, taidot ja välineet riittävät (Lehto ym., 2001). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän mukaisesti vaikea-asteiset syömisongelmat on tarkoitus ohjata tarkempiin tutkimuksiin erikoissairaanhoidon, jossa työskentely on erikoistuneempaa. Perusterveydenhuollossa työskentely on enemmänkin kokonaistilanteen tarkastelua, arviointia ja kuntoutusta (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä on kritisoitu siitä, että tiedonkulku saattaa olla puutteellista ja työnjako epäselvä (Lehto ym., 2001; Poutiainen, 2011). Tämän tutkimuksen perusteella puheterapeutit kokivat perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen yhteistyön toimivaksi ja tärkeäksi satunnaisista työnjaon haasteista huolimatta.

Monikielisten ja -kulttuuristen asiakkaiden määrä on lisääntynyt puheterapeuttien asiakaskunnassa (Kaiser & Rautakoski, 2013), mikä nousi esille myös tämän tutkimuksen asiakasryhmästä keskusteltaessa. Puheterapeutit olivat yksimielisiä siitä, että monikie-

listen ja -kulttuuristen perheiden kanssa työskentely on usein haastavaa, esimerkiksi erilaisten tapojen, käsitysten ja yhteisen kielen puuttumisen vuoksi. Puheterapeutti voi joutua pohtimaan, millainen vaikutus perheen kulttuurilla on lapsen syömis- ja vuorovaikutustaitoihin. Monikielisyyteen ja -kulttuurisuuteen liittyvät aiheet ovat viime vuosikymmeninä yleistyneet nopeasti puheterapeuttien työn eri aloilla (esim. Bornman & Launonen, 2006; Guiberson & Atkins, 2012; Smolander ym., 2016), ja toisinaan ne ovat vaikeita käsitellä. Eri kulttuurien parissa työskentely edellyttää puheterapeutilta sensitiivisyyttä (Ramsay, 2004). Havaintojen perusteella puheterapeutit kokevat tärkeänä sen, että kulttuuriin ja perheiden yksilöllisyyteen suhtaudutaan kunnioittaen. Samalla kulttuurin mahdollinen vaikutus on kuitenkin huomioitava, koska jonkinlainen yhteys monikulttuurisuuden ja syömisvaikeuksien välillä on tämän tutkimuksen mukaan havaittavissa.

Perusterveydenhuollon puheterapeuteilla ei vaikuta olevan selkeitä lasten syömisvaikeuksien arvioinnin ja kuntoutuksen työkäytänteitä, vaan he suunnittelevat ne yksilöllisten toimintatapojensa mukaisesti ja tapauskohtaisesti. Havainto on linjassa kansainvälisen kirjallisuuden kanssa, jonka mukaan syömisongelmien arvioinnista ja kuntoutuksesta ei ole tarpeeksi tutkimuksiin perustuvaa näyttöä, jonka pohjalta olisi voitu kehittää yhteisiä diagnosointi- ja kuntoutusmenetelmiä (esim. Bryant-Waugh ym., 2010, Kreipe & Palomaki, 2012; Miller, 2009). Lasten syömisvaikeuksien monimuotoisuus on johtanut jopa eri ammattiryhmien erimielisyyksiin sopivasta diagnosoinnista, minkä johdosta kansainvälinen ja selkeä luokittelu puuttuu (Kreipe & Palomaki, 2012). Tämän haastattelututkimuksen aineistosta ei noussut esille merkittäviä puheterapeuttien kokemia diagnosointiin liittyviä haasteita, mutta he mainitsivat juuri yhteisten linjausten puuttumisen vaikuttavan työskentelyynsä.

Tutkimuskirjallisuudessa on ehdotettu ICF-luokituksen laajempaa ja käytännöllisempää hyödyntämistä lasten syömisongelmien arvioinnin ja kuntoutuksen suunnittelussa (esim. Lefton-Greif & Arvedson, 2007), mikä saattaisi ohjata yhteisten käytänteiden löytämistä. ICF-luokitus kuvaa syömisvaikeuksien kokonaisvaltaisuutta ja osa-alueiden keskinäistä vuorovaikutusta. Lapsen toimintakykyä tarkasteltaessa tulisi huomioida esimerkiksi syömisongelmat (kehon toiminnot ja rakenteet), lapsen ja lähiympäristön ominaisuudet (yksilö- ja ympäristötekijät) sekä syömisvaikeuksien ja niiden kuntouttamisen merkitys (suoritukset ja osallistuminen) (Lefton-Greif & Arvedson, 2007; Miller, 2009).

Tulevaisuudessa yhä laajemmin ja johdonmukaisemmin käytettynä ICF-luokitus voisi ohjata luokittelua sekä arviointi- ja kuntoutusmenetelmien kehittämistä. Nykyistä selkeämmät linjaukset eri oirekuvista ja niiden kuntoutusmenetelmistä hyödyttäisivät sekä terveydenhuollon ammattilaisia että perheitä. Puheterapeutin työn kannalta keskittymisen erityisesti ICF-luokituksen toimintakyvyn näkökulmaan saattaisi ohjata näyttöön perustuvien työkäytänteiden muodostumista (ks. myös Bryant-Waugh ym., 2010; Lefton-Greif & Arvedson, 2007).

Tämän tutkimuksen puheterapeutit kokivat perusterveydenhuollossa käytettävät arviointimenetelmät riittäviksi, mutta korostivat, että arviointiprosessissa huomio on osattava kiinnittää useaan eri osa-alueeseen kokonaistilanteen hahmottamiseksi. Käytetyt arviointimenetelmät pohjautuvat tärkeimpinä pidettyihin puheterapeuttisiin arviointikeinoihin, eli havainnointiin ja lähiympäristön haastatteluun (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Haastattelun merkitystä korostettiin perustellen, että vanhemmat ovat lapsensa ja arken-
sa parhaita asiantuntijoita (Morris & Klein, 2000; Määttä, 2001). Tarkkaavainen arviointi vaatii puheterapeutilta kokemustiedon lisäksi kattavaa tietoa lasten tavanomaisesta suun alueen anatomisesta ja fysiologisesta kehityksestä, jotta poikkeavuudet osataan tunnistaa (Rogers & Arvedson, 2005; Udall, 2007). Havainnointi on haastattelun lisäksi oleellinen osa arviointia, sillä se tarjoaa mahdollisuuden selvittää syömiseen vaikuttavia taustasyitä ja tarkkailla sekä lasta että vanhempaa (Lefton-Greif & Arvedson, 2016). Syömis- ja nielemistaitojen arvioinnin avuksi on kehitetty erilaisia menetelmiä (esim. *Oral Placement Therapy* -menetelmä, videofluoroskopia), mutta tämänkin tutkimuksen haastateltavien mielestä niiden soveltuvuus perusterveydenhuollon tasolla on pohdittava tapauskohtaisesti eikä niiden käyttö ole aina välttämättä edes mahdollista (ks. esim. McComish ym., 2016; Miller & Willging, 2003). Spesifien menetelmien soveltaminen yhä enemmän perusterveydenhuollossa saattaisi laajentaa puheterapeuttien käytettävissä olevia keinoja ja lisätä työskentelyvarmuutta.

Lasten syömisvaikeuksien kuntoutus painottuu perusterveydenhuollossa lähiympäristön ohjaukseen, jonka puheterapeutit kokevat tämän tutkimuksen havaintojen mukaan toteutuvan pääsääntöisesti myönteisesti. Ohjaukseen liittyy useita erityispiirteitä verrattuna moniin muihin asiakasryhmiin, ja vanhempien rooli kuntouttajina korostuu, koska pieni lapsi harvoin tiedostaa oman kuntoutuksensa tarkoituksen (ks. esim. Clawson & Elliott, 2014; Linscheid, 2006). Ohjaus vaatii puheterapeutilta sekä sensitiivisyyttä että jämäk-

kyyttä vaikuttaa lähiympäristön toimintaan. Havaintojen perusteella voidaan päätellä, että ohjaus edellyttää riittävää asiantuntemusta ja itsevarmuutta jakaa asiantuntijuuttaan lähiympäristölle. Konkreettisilla, käytäntöön soveltuvilla neuvoilla ja lähiympäristön tietoisuuden lisäämisellä pyritään sekä kehittämään lapsen syömistaitoja että tukemaan ruokailutilanteen ilmapiiriä ja vuorovaikutusta. Puheterapeutit antavat neuvoja esimerkiksi ruokailuvälineiden valintaan, syöttämistapoihin, ruokailuaikoihin ja ohjeistavat vanhempia valitsemaan sellaisia ruokia, joiden koostumukset ja maut aktivoivat suun sensomotorista toimintaa. Havainnot ovat samassa linjassa kansainvälisen kirjallisuuden kanssa (esim. Carruth & Skinner, 2002; Kerzner ym., 2015; Kettunen, n.d.; Rudolph & Link, 2002). Kuntoutuksen tulisi tapahtua tiiviissä yhteistyössä ja yhteisten tavoitteiden mukaisesti sekä perheen että mahdollisen päiväkodin henkilökunnan kanssa, jotta taitoja harjoitellaan lapselle sopivalla tavalla kaikissa arjen ympäristöissä.

Lapsen syömisen ongelmat voivat vaikuttaa monin tavoin perheen elämään ja vanhempien tunteisiin. Vanhempien tehtävänä on turvata lapsensa kasvu ja kehitys, ja lapsen syömisessä ilmenevät pulmat voivat vaikuttaa vanhemmuuden kokemukseen monin eri tavoin (esim. Hewetson & Singh, 2009; Martin ym., 2013). Työskentely selvästi vaatii puheterapeutilta arvostavaa ja ymmärtäväistä suhtautumista, sillä lapsen syömisongelmat voivat herättää vanhemmissa esimerkiksi suurta huolta ja syyllisyyttä. Lievätkin vaikeudet saattavat aiheuttaa vanhemmille monenlaisia paineita, jolloin puheterapeutista voidaan kokea olevan huomattava tuki vain kuuntelijanakin. Perusterveydenhuollon puheterapeutti on usein perheelle ensimmäinen terveydenhuollon kontakti (Kerzner ym., 2015; Raivio, 2017), mikä korostaa työnkuvaan liittyvää perheen tiedon lisäämistä ja emotionaalisen tuen antamista jo arviointi- ja kuntoutusprosessin alkuvaiheessa. Haastatellut puheterapeutit nostivat esille, että vanhempien huolen tiedostamisella ja sen kunnioittamisella on keskeinen merkitys ohjauksessa. Havaintojen perusteella puheterapeutit kiinnittävät erityistä huomiota ohjaustyyliinsä, mikäli vanhemmilla on paljon huolta. Ohjaus eroaa esimerkiksi päiväkodin henkilökunnan ohjaamisesta, joka on tyyliältään enemmän asenteisiin vaikuttamista.

Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella lapsen lähiympäristön ohjauksessa korostuvat kuntoutuskumppanuuden periaatteet (Sellman & Tykkyläinen, 2017). Puheterapeutin ja vanhemman välisellä vuorovaikutuksella ja yhteistyön laadulla näyttää olevan vaikutusta puheterapeuttien kokemukseen yhteisestä työskentelystä ja tavoitteiden aset-

tamisesta. Aiempien tutkimusten mukaan vanhempien neuvottomuuden tunteet ja risti-riitaiset käsitykset lapsen taidoista ovat tavallisia (esim. Arts-Rodas & Benoit, 1998), mikä saattaa heijastua tavoitteiden suunnittelun ja perheen osallistamisen haasteisiin (ks. myös Launiainen & Sipari, 2011). Myös haastateltavat puheterapeutit olivat kohdanneet tilanteita, joissa lapsen lähiympäristö ei ollut sitoutunut kuntoutukseen tai kokenut lapsen kehityksessä olevan ongelmia. Ohjauksen vaikuttavuuden kannalta yhteistyötä on tehtävä aktiivisessa vuorovaikutuksessa, jossa vanhempien osallisuutta ja roolia painotetaan puheterapeutin antaman tuen avulla. Puheterapeutit kuvailivat, että tavallisesti lapsen syömisen haasteet kuormittavat perhettä (ks. esim. Hewetson & Singh, 2009), minkä takia vanhemmat ovat pääsääntöisesti vastaanottavaisia ja kiitollisia ohjauksesta sekä arvostavat puheterapeutin apua ja asiantuntijuutta.

Moniammatillisen yhteistyön merkitystä korostetaan terveydenhuollossa yleisesti (esim. Lukens & Silverman, 2014; Miller ym., 2001). Tämän tutkimuksen perusteella puheterapeutit kuuluvat lasten syömisvaikeuksien keskeisiin terveydenhuollon ja kuntoutuksen ammattilaisiin, mutta monimuotoisten oirekuvien vuoksi työskentelyyn suositellaan kuuluvan myös muiden ammattiryhmien edustajia, kuten toimintaterapeutteja, ravitsemusterapeutteja ja lääkäreitä. Samansuuntaisia suosituksia on annettu kansainvälisesti moniammatillisen työskentelyn muodostamiseen, jotta syömisongelmainen lapsi huomioitaisiin mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (mm. Capilouto, 2017, Lefton-Greif & Arvedson, 2016; McComish ym., 2016; Sharp ym., 2017). Puheterapeutit kokivat moniammatillisuuden lisäävän eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, tiedonkulkua ja työskentelyvarmuutta. Toimiva moniammatillinen yhteistyö turvaa myös vanhempien monipuolisen tiedon saamisen ja tukee lapsen kehityksen eri osa-alueita (esim. Couriel ym., 1993; Sharp ym., 2017).

Tietoisuus lasten syömisvaikeuksista ja eri ammattiryhmien roolista niiden arvioinnissa ja kuntoutuksessa on kasvanut, mutta puheterapeuttia on jo pitkään pidetty niissä ensisijaisena terveydenhuollon ammattilaisena (Bell & Alper, 2007; Lefton-Greif & Arvedson, 2016; Sharp ym., 2017). Haastateltavat toivoivat kuitenkin myös muiden ammattiryhmien perehtyvän aiheeseen, sillä lasten syömisongelmien taustalla on usein sellaisia selittäviä tekijöitä, jotka eivät kuulu puheterapeutin erityisosaamiseen. Esimerkiksi vanhemmuuden tukeminen on olennainen osa ohjausta ja kuntoutuskumppanuutta (Sellman & Tykkyläinen, 2017), mutta puheterapeutti saattaa joutua puuttumaan vanhempien

kasvatuskäytäntöihin, mikä ei periaatteessa kuulu hänen ammattirooliinsa. Haastatellut puheterapeutit kohtasivat tällaisia tilanteita ja kokivat ne usein hankaliksi ja erityisosaamisensa ulkopuolisiksi. Jonot puheterapeuteille ovat usein pitkät, ja jos syömisvaikeuksien ilmaantuvuus on kasvussa (ks. esim. Bell & Alper, 2007), olisi entistä tärkeämpää, että lapset ohjautuisivat asianmukaisesti oikealle ammattilaiselle, jolla on tarvittavaa erityisosaamista. Vaikutus saattaisi ulottua perusterveydenhuollon linjausten vahvistumiseen ja resursseihin asti. Syömisvaikeuksien hoidossa muiden ammattiryhmien roolia voi kuitenkin olla vaikea määritellä, sillä ongelmien keskiössä ovat yleensä vuorovaikutukseen liittyvät tai suun alueen sensomotoriset pulmat, jolloin puheterapeutin voidaan kuitenkin katsoa olevan hoidon ensisijainen ammattilainen.

Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella voidaan pohtia, millaisia valmiuksia perusterveydenhuollon puheterapeutilta voidaan odottaa lasten syömisvaikeuksien hoidossa. Kyseisten lasten määrä on pieni verrattuna muihin asiakasryhmiin, mutta vaikeuksien monipuolisuuden takia niiden hoito vaatii sitäkin enemmän erityisosaamista ja -tietoa. Haastatellut puheterapeutit kokivat kliinisessä työskentelyssä vahvuudekseen erityisesti oraalimotoriikan arvioinnin ja kuntoutuksen sekä syömiseen liittyvän vuorovaikutuksen huomioimisen (ks. myös Miller ym., 2001; Morris & Klein, 2000). He olivat kokeneet työskentelyn lasten syömisvaikeuksien parissa kiinnostavana ja palkitsevana, mutta myös haastavana ja epävarmana. Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että työskentely voi herättää puheterapeuteissa epävarmuutta ja ahdistusta monisyisten oirekuvien ja lähiympäristön odotusten takia (esim. Duivestein & Gerlach, 2011; Lefton-Greif & Arvedson, 2016). Työskentelyyn liittyy myös lapsen terveyteen ja turvallisuuteen vaikuttavia seikkoja, jotka voivat edelleen lisätä epävarmuutta. Puheterapeutit kertoivat näkevänsä lasten syömisvaikeudet omana erikoistumisalueenaan, johon perusterveydenhuollon puheterapeutin mahdollisuudet perehtyä tarkasti ovat rajalliset. Haasteista huolimatta haastateltavien puheterapeuttien yleinen näkemys oli, että omalla työllä on merkityksellinen vaikutus niin lapsen kehitykseen kuin perheen jokapäiväiseen elämään, mikä motivoi oman osaamisen kehittämiseen entisestään (ks. myös Duivestein & Gerlach, 2011).

Tämän tutkimuksen havaintojen mukaan puheterapeuttien osaamisen kehittäminen ja aiheeseen perehtyminen jää perusterveydenhuollossa oman aktiivisuuden varaan. Yleinen näkemys oli, että yliopiston peruskoulutus tarjosi minimaalisen valmiuden työsken-

nellä kyseisen asiakasryhmän kanssa tai ei valmiuksia lainkaan. Samanlaisia havaintoja on saatu myös muissa maissa tehdyissä tutkimuksissa (esim. Duivestein & Gerlach, 2011; Zimmerman, 2016). Lasten syömisvaikeuksien huomioiminen peruskoulutuksessa ei näytä myöskään lisääntyneen ajan myötä, sillä haastatelluilla puheterapeuteilla oli syömisvaikeuksien peruskoulutuksen määrästä ja laadusta samanlaisia kokemuksia riippumatta siitä, kuinka kauan heidän yliopisto-opinnoistaan oli. Puheterapeutit kohtaavat työelämässään laajan logopedisen häiriökentän, minkä takia kaikkien häiriöalueiden läpikäyminen saman laajuuden mukaisesti ei välttämättä olisi edes mahdollista. Haastatelluista puheterapeuteista viimeisimmäksi valmistuneet toivat usein esille epävarmuuden ja kokemuksen välisen yhteyden. Tämän perusteella onkin pohdittava, millaiset valmiudet aloittelevalla puheterapeutilla tulisi olla syömisvaikeuksia kohdatessa. Yliopiston peruskoulutuksen voidaan ajatella antavan laajan perustietopohjan lisäksi sellaiset valmiudet, joiden varassa aloitteleva puheterapeutti ymmärtää ja osaa aktiivisesti hankkia itselleen lisätietoa. Logopedia on jatkuvasti kehittyvä tieteenala, joten oman ammatillisen osaamisen kehittämistä voidaan pitää puheterapeutin velvollisuutena (ks. myös Huttunen, 2001). Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella valmistuville puheterapeuteille tulisi ennen kliinisen työskentelyn aloittamista korostaa entistä enemmän tulevan työskentelyn monipuolisuutta ja elinikäisen täydennyskouluttautumisen periaatetta.

Puheterapeuttien kokemukset konsultoinnista, täydennyskoulutusten tarpeellisuudesta ja työkokemuksen merkityksestä olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa (Duivestein & Gerlach, 2011; Stoner ym., 2006; Zimmerman, 2016). Haastateltavat kokivat työkokemuksen vaikuttavan merkittävästi heidän valmiuteensa työskennellä syömisongelmaisten lasten kanssa ja lisäävään heidän tietoisuuttaan omista työskentelytavoistaan. Puheterapeutin ammattiin liittyvät valmiudet kehittyvät työkokemuksen ja koulutusten lisäksi sekä teoreettiseen että kliiniseen tietoon perehtymällä. Moniammatillisuudella ja puheterapeuttien keskeisellä yhteistyöllä on suuri merkitys, sillä myös aiemmissa tutkimuksissa kokeneempien puheterapeuttien mentoroinnilla ja konsultoinnilla on todettu olevan vaikutusta aloittelevien puheterapeuttien oppimiseen ja osaamiseen (ks. esim. Duivestein & Gerlach, 2011).

Terveystieteidenhuoltolaissa määritellään, että toimiva perusterveydenhuolto on hyvän terveydenhuollon edellytys (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008). Perusterveydenhuollon puheterapeutin tehtävänä on terveydenhuoltojärjestelmän mukaisesti varmistaa hoidon

jatkuvuus (Raivio, 2017), jotta tutkimukset ja kuntoutus toteutuvat lapsen edun mukaisesti. Haastatellut puheterapeutit olivat kohdanneet tilanteita, joissa he olivat kokeneet perusterveydenhuollon palveluiden olevan riittämättömiä, mikä korostaa eri terveydenhuoltopalveluiden välisen yhteistyön merkitystä. Huolellinen arviointi, kokemustieto ja moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen ovat avainasemassa työskentelyssä, jotta lapsen vaikeudet osataan tunnistaa mahdollisimman varhain. Syömisvaikeuksilla on todettu olevan vaikutusta lapsen kasvuun, toimintakykyyn sekä vanhempien henkiseen hyvinvointiin ja tapaan olla vuorovaikutuksessa lapsensa kanssa (mm. Lefton-Greif & Arvedson, 2016; McComish ym., 2016). Vaikka perusterveydenhuollossa puheterapeutti ei pääsääntöisesti kohtaa vaikea-asteisia syömisvaikeuksia, voivat ongelmien kuormittavat vaikutukset lapsen kehitykseen ja perheen elämänlaatuun olla silti nähtävissä. Tämä tutkimus vahvistaa aiempia käsityksiä siitä, että jos lapsella on syömisongelmia, lapsen ja perheen tukikeinot on otettava mahdollisimman varhain käyttöön (esim. Arts-Rodas & Benoit, 1998; Garro, 2004; Ramsay, 2004).

7.2 Menetelmän pohdinta

Tämä tutkielma toteutettiin kvalitatiivisen tutkimusotteen periaatteiden mukaisesti. Haastattelu tarjoaa mahdollisuuden selvittää tutkittavaa ilmiötä, saada monipuolisia vastauksia ja syventää ilmiön ymmärtämistä (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Haastattelumenetelmiä on useita erilaisia, ja tähän tutkielmaan tutkimusmenetelmäksi valittiin puolistrukturoitu teemahaastattelu. Sen avulla on mahdollista selvittää toistuvia piirteitä sekä subjektiivisia näkemyksiä ja kokemuksia, minkä takia se osoittautui myös tämän tutkimuksen tarkoituksen kannalta sopivimmaksi menetelmäksi. Tavoitteena oli saada 6–8 haastateltavaa tutkimukseen, joten haastateltaviksi löydetyt seitsemän puheterapeuttia täyttivät tämän tavoitteen. Haastateltavien suurempi määrä olisi luultavasti aikaansaanut monipuolisemman ja sisällöltään rikkaamman aineiston. Kvalitatiiviselle tutkimukselle pieni määrä haastateltavia on kuitenkin tyypillinen, sillä aineistoa pyritään analysoimaan mahdollisimman perusteellisesti (Eskola & Suoranta, 1998). Haastateltavat muodostivat melko heterogeenisen ryhmän, mutta kyseessä oli silti harkinnanvarainen näyte (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Tarkoituksena ei ollut pyrkiä tilastollisiin yleistyksiin, vaan haluttiin selvittää ja ymmärtää perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkemyksiä ja

tapoja työskennellä lasten syömisvaikeuksien hoidossa. Kokonaisuudessaan haastattelussa nousi esille samankaltaisia ilmiöitä, mutta myös vaihtelevia ja eriäviä näkemyksiä. Yksilöllisten näkemysten ja kokemusten vuoksi luotettavien yleistysten tekemiseen olisi tarvittu selvästi suurempi otos. Tästä huolimatta pienemmällä otannalla saatiin mahdollisesti syvällisempi käsitys tutkittavasta ilmiöstä.

Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa käsiteltävät teemat ovat kaikille samat, mutta haastateltavat vastaavat avoimesti ilman valmiita vastausvaihtoehtoja (Eskola & Vastamäki, 2010). Teemahaastattelurunko tehtiin aiheeseen liittyvän kirjallisuuden perusteella ja tutkielman ohjaajan avustuksella. Haastattelurungon teemojen valmistelu auttaa tutkijaa hahmottamaan tutkittavaa ilmiötä, ja haastattelutilanteessa runko ohjaa keskustelua toimien ikään kuin tutkijan muistilistana (Hakala, 2010; Hirsjärvi & Hurme, 2008). Ennalta suunniteltu haastattelurunko parantaa myös haastattelun sujuvuutta ja tutkimuksen luotettavuutta. Ensimmäinen haastattelu oli samalla pilottihaastattelu, jonka tarkoituksena oli testata haastattelurunkoa, teemojen järjestystä ja kysymysten muotoilua. Haastattelun jälkeen todettiin, ettei haastattelurungon sisältöä tarvinnut muokata, vaan se oli tutkimuksen aiheen kannalta tarkoituksenmukainen. Haastattelut kestivät noin tunnin, ja vaikka eri teemojen järjestys ja laajuus vaihtelivat haastatteluiden kesken, huolehdittiin jokaisessa haastattelussa teemahaastattelun periaatteiden mukaisesti siitä, että kaikki teemat käytiin läpi (Hakala, 2010). Kukaan haastateltavista ei pyytänyt saada tutustua haastateltaviin teemoihin etukäteen, joten vastaukset säilyivät spontaaneina. Luotettavuuden takia haastattelut litteroitiin haastatteluja seuraavina päivinä, kun keskustelut olivat vielä tutkijan muistissa.

Puolistrukturoitu teemahaastattelu soveltui tämän tutkielman tarkoitukseen hyvin, koska haastateltavat saivat vastata omin sanoin ja tuoda näkemyksiään joustavasti esille (Eskola & Vastamäki, 2010). Tutkimusmenetelmäksi olisi myös voitu valita kyselylomake, mutta tällöin vastaukset olisivat luultavammin jääneet pintapuolisiksi ja osa esille nousseista tiedoista jäänyt saamatta. Tavoitteena oli ymmärtää tutkittavaa ilmiötä puheterapeuttien kokemustiedon kautta ja selvittää laajempia kokonaisuuksia, minkä takia puolistrukturoitu teemahaastattelu soveltui tutkimusmenetelmäksi paremmin. Verrattuna myös strukturoimattomaan haastatteluun puolistrukturoitu haastattelu tarjosi ennalta määritetyt ja aiheen kannalta keskeiset kysymykset, jotka rajasivat keskustelua tarkoituksenmukaiseksi (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Haastateltavilla oli kuitenkin mahdollisuus

tuoda esille näkemyksiään aihepiireistä, joita tutkija ei ollut huomionnut etukäteen. Esille nousseita näkökulmia oli mahdollista myös syventää haastattelun aikana. Tutkija pystyi varmistamaan haastateltavilta esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä, oliko ymmärtänyt heidän kertomansa oikein. Haastateltavat saivat täydentää ja selkeyttää vastauksiinsa tarvittaessa, jolloin tutkijan tulkinnat täsmentyivät. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa aineistonkeruu ja sen käsittely kietoutuvat yhteen, koska alustavaa tulkintaa joudutaan tekemään jo aineistoa koottaessa (Hakala, 2010).

Tutkielman tekijä kiinnitti haastatteluissa erityistä huomioita tapaansa toimia haastattelijana, joka oli hänelle uusi rooli. Keinoja oppia hyväksi haastattelijaksi on useita, millä pyritään estämään tutkijan kokemattomuuden vaikutus tutkimukseen (esim. Hirsjärvi & Hurme, 2008). Tämän tutkimuksen haastatteluihin valmistauduttiin muun muassa tutustumalla tutkimuksen aihepiiriin ja käytettävään tutkimusmenetelmään sekä perehtymällä laadittuun haastattelurunkoon. Tutkimushaastattelulle on tyypillistä, että haastattelija on tietämätön osapuoli, ja tieto on haastateltavalla (Ruusuvuori & Tiittula, 2017). Haastattelijan roolin lisäksi tutkijan käytännön kokemattomuus lasten syömisvaikeuksista ja perusterveydenhuollon puheterapeutin työstä saattoi osaltaan vaikuttaa aineiston keruuseen, analysointiin ja tulosten tulkintaan. Myös tätä pyrittiin minimoimaan paneutumalla aihepiiriin ja olemalla utelias tutkittavaa ilmiötä kohtaan.

Yksi haastatteluista oli kahden puheterapeutin yhteishaastattelu. Useamman kuin yhden henkilön haastattelussa tavoitteena on, että keskustelu säilyy vapaamuotoisena, mutta aiheessa pysyttelevänä, jolloin haastateltavat tuottavat yhdessä monipuolista tietoa ja kommentoivat asioita melko spontaanisti (Eskola & Suoranta, 1998; Hirsjärvi & Hurme, 2008). Tutkijan haasteena oli puhua kahdelle haastateltavalle yhtä aikaa ja huolehtia siitä, että molemmat vastaisivat mahdollisimman tasapuolisesti. Puolistrukturoitu haastattelutilanne mahdollisti vapaamuotoisen keskustelun, jossa teemat kuitenkin rajasivat ja selkeyttivät keskustelutilanteen etenemistä. Tilanne ei kuitenkaan täysin vastannut varsinaista vuoropuhelua, vaikka haastateltavat viittasivatkin myös toistensa puheisiin.

Haastattelu on aina vuorovaikutustilanne, jonka tarkoituksena on saada selville merkityksellistä tietoa (Hirsjärvi & Hurme, 2008). Haastattelut toteutettiin mahdollisimman keskustelunomaisina, jolloin tutkija pyrki vuorovaikutuksessa selvittämään tutkimuksen kannalta keskeisiä asioita (Eskola & Vastamäki, 2010). Vuorovaikutuksessa sekä haas-

tattelijan että haastateltavan rooli on merkityksellinen, jolloin molempien tavat kommunikoida ja osallistua keskusteluun vaikuttavat haastatteluun ja tiedonkeruuseen. Haastattelijan tulisi olla mahdollisimman puolueeton ja haastattelutilanteen luonteeltaan neutraali (Ruusuvuori & Tiittula, 2017). Tässä tutkimuksessa tutkijan oli kuitenkin osoitettava mielenkiintoa tutkittavaa ilmiötä kohtaan ja reagoitava siihen, mitä haastateltavat kertoivat. Teemahaastattelussa tutkijan on siis huolehdittava sopivasta neutraaliuden asteesta, jotta yhteistä keskustelua herää, mutta ilman, että tutkija vaikuttaisi haastateltavan näkemyksiin tuomalla omaa näkökulmaansa tai mielipidettään esille. Haastattelutilanteiden ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen on osaltaan saattanut vaikuttaa se, että tutkija itse on valmistumassa puheterapeutiksi. Haastateltavat saattoivat kokea keskustelun luonteen enemmän kollegiaaliseksi ja kertoa avoimemmin näkemyksistään, kun haastattelijat tulevat myöhemmin edustamaan samaa ammattiryhmää heidän kanssaan.

Aineiston litteroinnissa ja analysoinnissa luotettavuutta pyrittiin lisäämään johdonmukaisuudella (Hirsjärvi & Hurme, 2008; Ruusuvuori & Tiittula, 2017). Kaikki haastattelut litteroitiin yhtä sanatarkasti ja tutkimuksen tarkoituksen kannalta merkityksettömät prosodiset piirteet, täytesanat ja kommentit jätettiin pois. Tämän ansiosta litteraatit säilyivät mahdollisimman selkeinä sisällönanalyysia varten. Lainauksia muokattiin tekstin luettavuuden helpottamiseksi esimerkiksi lisäämällä välimerkkejä. Lainauksia lisättiin tuloksiin todentamaan tutkijan tekemiä tulkintoja ja mahdollisimman tasapuolisesti kaikilta haastateltavilta, jotta kaikkien näkemyksiä nousi esille. Luottamuksellisuuden säilyttäminen on keskeinen käsite kvalitatiivisen tutkimuksen tietojen käsittelyssä (Eskola & Suoranta, 1998). Tutkimuksen alusta asti huomiota kiinnitettiin anonymiteettisuojaan poistamalla tai muuttamalla esille tulleet tunnistetiedot tunnistamattomiksi.

Aineiston koodaus ja analysointi aloitettiin haastatteluiden litteroinnin jälkeen. Analysointimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, joka on hyödyllinen erityisesti silloin, kun tutkitaan kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillisesti jonkin ilmiön perustietoja ja olemusta (Eskola & Suoranta, 1998; Tuomi & Sarajärvi, 2009). Sisällönanalyysia ja aineiston hallintaa helpotti Atlas.ti-ohjelma, jossa tuloksia käsiteltiin eri teemojen mukaisesti haastattelurungon avulla ja tutkimuskysymyksiä noudatellen. Aineiston koodaus auttoi alkuperäiseen aineistoon palaamista koko tutkimusprosessin aikana. Aineistolle muodostui yhteensä kuusi koodiryhmää, jotka ryhmittelivät aineiston melko laajoihin kokonaisuuksiin. Tarkempien koodiryhmien käyttäminen olisi luulta-

vasti ryhmitelty aineistoa yksityiskohtaisemmin ja selkeyttänyt tulososion kirjoittamista, mutta samalla koodiryhmien lukumäärä olisi saattanut kasvaa turhan suureksi. Koodiryhmien lukumäärä osoittautui siis sopivaksi, koska Atlas.ti-ohjelmaa käytettiin lähinnä tutkijan toiminnan tukena hahmottamaan ja teemoittelemaan aineistoa. Tulokset raportoitiin viiden eri teeman mukaisesti siten, että ne vastaisivat loogisesti ja selkeästi tutkimuskysymyksiin.

Kvalitatiivisten tutkimusten pohjalta ei ole tarkoitus tehdä empiirisesti yleistäviä päätelmiä kuten tilastollisissa tutkimuksissa, joten jokaista kvalitatiivista tutkimusta voidaan pitää ikään kuin tapaustutkimuksena (Eskola & Suoranta, 1998). Tämän tutkielman tuloksia ei voida yleistää esimerkiksi muihin perusterveydenhuollon puheterapeuteihin tai puheterapeuttien tapoihin työskennellä lasten syömisvaikeuksien parissa. Valintakriteerien vuoksi tuloksissa näkyi haastateltavien vaihteleva työkokemuksen määrä, mikä saattoi osaltaan vaikuttaa näkemyksiin ja rikastaa aineistoa. Kokemusten kautta kertyneen ammattitaidon lisäksi näkemyksiin saattoivat vaikuttaa puheterapeuttien omat mielenkiinnot ja henkilökohtaiset asenteet lasten syömisvaikeuksia kohtaan. Kvalitatiivisen tutkimuksen haastavimman vaiheen on sanottu olevan tulkintojen tekeminen (esim. Eskola & Suoranta, 1998). Tulosten yleistettävyyteen vaikuttaakin se, että tehdyt tulkinnat ovat sidoksissa vain kyseiseen aineistoon ja tutkijan subjektiiviseen tapaan tarkastella sitä, sillä tulkintojen tekemiseen ei ole olemassa muodollisia ohjeita. Vaikka tutkimuksen sovellettavuus on rajallinen, pyrittiin tutkimuksen toteutusta ja tuloksia avaamaan lukijalle mahdollisimman paljon. Puheterapeuttien näkemysten ja työskentelytapojen erittely tarjoaa joitain aineksia soveltaa tutkimusta vastaavanlaisiin tutkimuksiin tai muihin ympäristöihin.

7.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa perusterveydenhuollon puheterapeuttien työkäytännestä lasten syömisvaikeuksien hoidossa, mitä ainakaan Suomessa ei aiemmin ole tutkittu. Haastattelu loi aiheeseen laajan näkökulman ja tarjosi siitä monipuolisia tulkintoja. Tutkimuksen perusteella perusterveydenhuollon puheterapeuttien työnkuva lasten syömisvaikeuksien hoidossa on monipuolinen ja vaatii puheterapeutilta kykyä huomioida usei-

ta eri osa-alueita. Lasten syömisongelmat ovat puheterapeuttien työnkuvassa pieni, mutta sitäkin monimuotoisempi ja haastavaksi koettu osa-alue. Työskentely edellyttää puheterapeutilta kattavaa tietopohjaa, perehtyneisyyttä ja varmuutta. Verrattuna moniin muihin asiakasryhmiin on työskentelyssä huomioitava lukuisia erityispiirteitä. Tulokset viittaavat siihen, että tilanne on melko vastaava niin Suomessa kuin kansainvälisesti.

Vaikka tietoisuus lasten syömisvaikeuksista on lisääntymässä, ei perusterveydenhuoltoon ole muodostunut yhteisiä linjauksia niiden hoitoon. Tästä huolimatta puheterapeuttien työkäytännöissä näyttää olevan samansuuntaiset ja melko vakiintuneet tavat. Tulosten perusteella Espoon ja Helsingin kaupunkien työkäytännöt vaihtelivat jonkin verran keskenään, mutta esille ei noussut merkittäviä eroja. Lisäksi tämän tutkielman otos oli sen verran pieni, ettei kaupunkien välisiä käytänteitä edes pyritty vertailemaan. Laajempi tutkimus eri kaupunkien, myös pääkaupunkiseudun ulkopuolisten, puheterapeuttien näkemyksistä saattaisi mahdollistaa työtapojen ja -mahdollisuuksien vertailun. Tämän tutkimuksen perusteella myös näyttöön perustuvaa tietoa tarvitaan selvästi lisää. Toisaalta syömisvaikeudet muodostavat niin laajan kirjon, että tarkkojen linjausten kehittäminen saattaa olla jopa mahdotonta. On kuitenkin selvää, että tietoisuuden lisääminen yhä enemmän lasten syömisongelmien kokonaisvaltaisuudesta ohjaa käytänteiden muodostumista ja niiden ottamista mukaan käytännön työskentelyyn.

Perusterveydenhuollon puheterapeutin ammattiosaamiseen sisältyy lasten syömisvaikeuksien arviointi ja kuntoutus osana moniammatillista tiimiä ja tiiviissä yhteistyössä vanhempien kanssa, mutta työnkuvaan voi kuulua yllättäviäkin piirteitä. Syömisvaikeuksien määrittäminen ja luokittelu ei ole yksinkertaista, mikä saattaa heijastua myös puheterapeutin roolin määrittelyvaikeutena. Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella voidaan todeta, että lasten syömisvaikeudet herättävät sekä vanhempien että ammattilaisten tunteita monin eri tavoin. Yleisenä ajatuksena on, että vaikeuksien ilmenemis- muodot ja vaikutukset tekevät tästä asiakasryhmästä keskimääräisesti riskialttiimman ja haastavan, mikä vaikuttaa puheterapeuttien työskentelyvarmuuteen. Puheterapeuttien näkemyksiä perus- ja täydennyskoulutusten antamista valmiuksista olisi tarpeellista kartoittaa laajemmin. Kokemusten perusteella saataisiin suuntaa antavaa tietoa siitä, millainen vaikutus koulutuksilla on ja mitä puheterapeutit erityisesti kaipaavat työskentelynsä tueksi. Lisäämällä laadullista tietoa voitaisiin kehittää koulutusten tarjontaa ja sisältöä sekä pohtia syömisvaikeuksien painoarvoa myös logopedian koulutusohjelmassa.

Lasten syömisvaikeuksista tarvitaan edelleen lisää monipuolista tutkimusta sekä Suomessa että kansainvälisesti. Tämän tutkimuksen näkökulma oli suhteellisen laaja kokonaisuus. Aiheen tarkastelu pienempien kokonaisuuksien kannalta lisäisi syvällisempää tietoa, ja aihetta tulisi kartoittaa lisää niin laadullisin kuin määrällisin tutkimusmenetelmin. Esimerkiksi kansainvälisiä tutkimuksia syömisvaikeuksien esiintyvyydestä on tehty, mutta Suomessa aihetta ei ole tutkittu, mikä osaltaan saattaa vaikuttaa luokittelujärjestelmän ja työnjaon haasteisiin. Tämä tutkimus keskittyi vain perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkemyksiin ja kokemuksiin. Myös muiden ammattilaisten kokemusten selvittäminen olisi tarpeellista muodostamaan yhä laajempaa ymmärrystä työskentelystä. Näin voisi olla mahdollista selvittää, millaisia kokemuksia ja käsityksiä esimerkiksi erikoissairaanhoidon ja yksityisen sektorin puheterapeuteilla tai moniammatillisen työryhmän muilla ammattilaisilla on aiheesta. Tämän avulla voitaisiin saada vertailuarvoista tietoa ja kehittää työskentelyä entistä enemmän, millä olisi vaikutusta niin ammattilaisiin kuin aihetta koskettaviin perheisiin.

Lasten syömisvaikeuksien arviointia ja kuntoutusta ei usein osata yhdistää puheterapeutin työnkuvaan ja ammattiosaamiseen verrattuna esimerkiksi puheen ja kielen häiriöihin. Puheterapeuttiopiskelijalle tämän tutkimuksen toteuttaminen antoi arvokasta ja hyödyllistä tietoa sekä syvensi ymmärrystä puheterapeuttien monipuolisesta työstä. Tämän tutkimuksen mukaan perusterveydenhuollossa voidaan vaikuttaa lasten syömisvaikeuksiin ja tukea perhettä kokonaisuutena. Puheterapeutin rooli lasten syömisvaikeuksien hoidossa on vastuullinen, asiantunteva ja selvästi merkityksellinen. Oman osaamisen kehittämisen kierre lähtee liikkeelle puheterapeutin halusta, mielenkiinnosta ja toisinaan jopa rohkeudesta työskennellä syömisongelmaisten lasten ja heidän perheidensä kanssa. Oman aktiivisuuden ja moniammatillisen yhteistyön lisäksi korvaamaton tuki keino työskentelyyn on puheterapeuttien välinen yhteistyö. Kokeneemmilla puheterapeuteilla on arvokasta tietoa, jota jakaa eteenpäin, minkä takia puheterapeuttien välistä kollegiaalisuutta tulee vaalia erityisesti haastavien asiakasryhmien parissa.

LÄHTEET

Adams-Chapman, I., Bann, C. M., Vaucher, Y. E. & Stoll, B. J. (2013). Association between feeding difficulties and language delay in preterm infants using Bayley Scales of Infant Development – third edition. *The Journal of Pediatrics*, 163(3), 680–685.

American Speech-Language-Hearing Association, ASHA (2002). *Knowledge and skills needed by speech-language pathologists providing services to individuals with swallowing and/or feeding disorders*. Haettu 14.12.2018, saatavilla: <https://www.asha.org/policy/ks2002-00079/>

Arts-Rodas, D. & Benoit, D. (1998). Feeding problems in infancy and early childhood: identification and management. *Paediatrics and Child Health*, 3(1), 21–27.

Arvedson, J. (1996). Dysphagia in pediatric patients with neurologic damage. *Seminars in Neurology*, 16(4), 371–386.

Arvedson, J. (2008). Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 14, 118–127.

Arvedson, J. & Brodsky, L. (2002). *Pediatric swallowing and feeding. Assessment and management* (2. painos). Albany, NY; Thomson Learning.

Autti-Rämö, I. (2008). Lasten ja nuorten kuntoutus. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallanranta, & A. Suikkanen (toim.), *Kuntoutus* (s. 479–488). Keuruu: Otava.

Babbitt, R. L., Hoch, T. A., Coe, D. A., Cataldo, M. F., Kelly, K. J., Stackhouse, C. & Perman, J. A., (1994). Behavioral assessment and treatment of pediatric feeding disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 15(4), 278–291.

- Bell, H. R. & Alper, B. S. (2007). Assessment and intervention for dysphagia in infants and children: beyond the neonatal intensive care unit. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 213–222.
- Benjasuwantep, B., Chaithirayanon, S. & Eiamudomkan, M. (2013). Feeding problems in healthy young children: prevalence, related factors and feeding practices. *Pediatric Reports*, 5(10), 38–42.
- Benoit, D. (2009). Feeding disorders, failure to thrive, and obesity. Teoksessa C. H. Zeanah (toim.), *Handbook of infant mental health* (s. 377–391). New York: The Guilford Press.
- Bernard-Bonnin, A.-C. (2006). Feeding problems of infants and toddlers. *Canadian Family Physician*, 52, 1247–1251.
- Birch, L., Savage, J. S. & Ventura, A. (2007). Influences on the development of children's eating behaviours: from infancy to adolescence. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 68(1), 1–56.
- Bornman, J. & Launonen, K. (2006). Monikulttuurinen kompetenssi ja sen vaikutukset puheterapiatyöhön. *Puhe ja kieli*, 25(4), 243–255.
- Bruns, D. A. & Thompson, S. D. (2010). Feeding challenges in young children: toward a best practices model. *Infants & Young Children*, 23(2), 93–102.
- Bryant-Waugh, R., Markham, L., Kreipe, R. E. & Walsh, B. T. (2010). Feeding and eating disorders in childhood. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 98–111.
- Burklow, K. A., Phelps, A. N., Schultz, J. R., McConnell, K. & Rudolph, C. (1998). Classifying complex pediatric feeding disorders. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 27(2), 143–147.
- Capilouto, G. J. (2017). Pediatric dysphagia. *Seminars in Speech and Language*, 38(2), 75–76.

Carruth, B. R. & Skinner, J. D. (2002). Feeding behaviors and other motor development in healthy children (2–24 months). *Journal of the American College of Nutrition*, 21(2), 88–96.

Carruth, B. R., Ziegler, P. J., Gordon, A. & Barr, S. (2004). Prevalence of picky eaters among infants and toddlers and their caregivers' decisions about offering a new food. *The Journal of American Dietetic Association*, 104(1), 57–64.

Chatoor, I. & Ganiban, J. (2003). Food refusal by infants and young children: diagnosis and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 138–146.

Clawson, E. P. & Elliott, C. A. (2014). Integrating evidence-based treatment of pediatric feeding disorders into clinical practice: challenges to implementation. *Clinical Practice in Pediatric Psychology*, 2(3), 312–321.

Cooper, B. M., Bilker, W. & Kaplan, J. M. (2010). Sucking patterns and behavioral state in one- and two-day old full term infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 39(5), 519–524.

Couriel, J. M., Bisset, R., Miller, R., Thomas, A. & Clarke, M. (1993). Assessment of feeding problems in neurodevelopmental handicap: a team approach. *Archives of Disease in Childhood*, 69, 609–613.

Delaney, A. L. & Arvedson, J. C. (2008). Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 15, 105–117.

DeMatteo, C., Matovich, D. & Hjartarson, A. (2005). Comparison of clinical and video-fluoroscopic evaluation of children with feeding and swallowing difficulties. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 149–157.

Dodd, B. (2007). Evidence-based practice and speech-language pathology: strengths, weakness, opportunities and threats. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 59, 118–129.

- Dubouloz, C.-J., Savard, J., Burnett, D. & Guitard, P. (2009). An interprofessional rehabilitation university clinic in primary health care: a collaborative learning model for physical therapist students in a clinical placement. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), 19–24.
- Duivesteyn, J. & Gerlach, A. (2011). Developing clinician expertise in paediatric dysphagia: what is an effective learning model? *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 18(3), 130–138.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, J. & Vastamäki J. (2010). Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I* (s. 26–44). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Feldman, R., Keren, M., Gross-Rozval, O. & Tyano, S. (2004). Mother–child touch patterns in infant feeding disorders: relation to maternal, child, and environmental factors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9), 1089–1097.
- Field, D., Garland, M. & Williams, K. (2003). Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 39, 299–304.
- Fischer, E. & Silverman, A. (2007). Behavioral conceptualization, assessment, and treatment of pediatric feeding disorders. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 223–231.
- Garro, A. (2004). Coping patterns in mother/caregivers of children with chronic feeding problems. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 138–144.

González, M. L. & Stern, K. (2016). Co-occurring behavioral difficulties in children with severe feeding problems: a descriptive study. *Research in Developmental Disabilities*, 58, 45–54.

Greer, A. J., Gulotta, C. S., Masler, E. A. & Laud, R. B. (2007). Caregiver stress and outcomes of children with pediatric feeding disorders treated in an intensive interdisciplinary program. *Journal of Pediatric Psychology* 33(6), 612–620.

Guiberson, M. & Atkins, J. (2012). Speech-language pathologists' preparation, practices, and perspectives on serving culturally and linguistically diverse children. *Communication Disorders Quarterly*, 33(3), 169–180.

Haapanen, M.-L. & Markkanen-Leppänen, M. (2013). Lapsen syömisen kehitys ja imemisen tarve. *Duodecim*, 129, 473–479.

Hakala, J. T. (2010). Tutkimusmenetelmän valinnasta. Teoksessa J. Aaltola & R. Valli (toim.), *Ikkunoita tutkimusmetodeihin I* (s. 12–25). Juva: PS-kustannus.

Hall, K. D. (2001). *Pediatric dysphagia – resource guide*. San Diego: Singular publishing group.

Heikkinen, E., Lainio, R., Piirto, H. & Raveikko, L. (2009). *Suomen puheterapeuttiliitto ry:n lausunto ravitsemushoitosuositukseen*. Suomen puheterapeuttiliitto ry. Haettu 27.9.2018, saatavilla: <https://puheterapeuttiliitto.fi/fi/liitto/julkilausumat/arkisto/2009/>

Heimo, H., Norberg-Haggren, K. & Paloheimo, J. (2004). Syömiseen ja puheen selkeyteen apua puheterapiasta. Teoksessa H. Heimo, K. Norberg-Haggren & J. Paloheimo (toim.), *Kuinkas suu nyt pannaan? – puhemotoriikan ja syömisen kehitys sekä vaikeudet* (s. 1–4). Helsinki: Puheen ja kielen tutkimuksen yhdistys.

Hewetson, R. & Singh, S. (2009). The lived experience of mothers of children with chronic feeding and/or swallowing difficulties. *Dysphagia*, 24, 322–332.

- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2008). *Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Huttunen, K. (2001). Puheterapeutti tutkijana ja oman työnsä kehittäjänä. *Puhe ja kieli*, 21(4), 177–188.
- Kakodkar, K. & Schroeder, J. W. (2013). Pediatric dysphagia. *Pediatric Clinics of North America*, 60, 969–977.
- Kaiser, E. & Rautakoski, P. (2013). Monikielisten lasten puheterapeuttinen tutkiminen Suomessa. *Puheterapeutti* 1, 23–26.
- Kettunen, H. (n.d.). Lasten syömisvaikeudet ja niiden kuntoutus puheterapiassa. Suomen puheterapeuttiliitto ry. Lehdistötiedote. Haettu 20.9.2018, saatavilla: http://www.aivoliitto.fi/files/1001/Lasten_syomisvaikeudet_ja_kuntoutus.pdf
- Kerwin, M. & Eicher, P. S. (2004). Behavioral intervention and prevention of feeding difficulties in infants and toddlers. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 1(2), 129–140.
- Kerzner, B. (2009). Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clinical Pediatrics*, 48(9), 960–965.
- Kerzner, B., Milano, K., MacLean, W. C., Berall, G., Stuart, S. & Chatoor, I. (2015). A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*, 135(2), 344–353.
- Kleinert, J. O. (2017). Pediatric feeding disorders and severe developmental disabilities. *Seminars in Speech and Language*, 38(2), 116–125.
- Kreipe, R. E. & Palomaki, A. (2012). Beyond picky eating: avoidant/restrictive food intake disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14, 421–431.

- Launiainen, H. & Sipari, S. (2011). *Lapsen hyvä kuntoutus käytännössä*. Helsinki: Vajaaliikkeisten kunto ry. Haettu 15.3.2019, saatavilla: http://www.vlkunto.fi/julkaisut/Kuntoutus_1-190.pdf
- Launonen, K. (2007). *Vuorovaikutus – kehitys, riskit ja tukeminen kuntoutuksen keinoin*. Helsinki: Kehitysvammaliitto.
- Lefton-Greif, M. A. (2008). Pediatric dysphagia. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 19, 837–851.
- Lefton-Greif, M. A. & Arvedson, J. C. (2007). Pediatric feeding and swallowing disorders: state of health, population trends, and application of the international classification of functioning, disability, and health. *Seminars in Speech and Language*, 28(3), 161–165.
- Lefton-Greif, M. A. & Arvedson, J. C. (2016). Pediatric feeding/swallowing: yesterday, today, and tomorrow. *Seminars in Speech and Language*, 37(4), 298–309.
- Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. (2001). *Sosiaali- ja terveydenhuolto* (1. painos). Juva: Bookwell.
- Lewis, E. & Kritzinger, A. (2004). Parental experiences of feeding problems in their infants with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 9(2), 45–52.
- Linscheid, T. R. (2006). Behavioral treatments for pediatric feeding disorders. *Behavior Modification*, 30(1), 6–23.
- Lukens, C. T. & Silverman, A. H. (2014). Systematic review of psychological interventions for pediatric feeding problems. *Journal of Pediatric Psychology* 39(8), s.903–917.
- Luoma, I., Mäntymaa, M. & Tamminen, T. (2000). Syömättömät ja ylensyövät lapset. *Suomen Lääkärilehti*, 44, 4501–4506.

Maldonado-Duran, J. M., Fonagy, P., Helmig, L., Millhuff, C., Moody, C., Rosen, L. & VanSickle, G. (2008). In-depth mental health evaluation of a community sample of nonreferred infants with feeding difficulties. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 513–519.

Martin, C. I., Dovey, T. M., Coulthard, H. & Southall, A. M. (2013). Maternal stress and problem-solving skills in a sample of children with nonorganic feeding disorders. *Infant Mental Health Journal*, 34(3), 202–210.

Martinuzzi, A., De Polo, G., Bortolot, S. & Pradal, M (2015). Pediatric neurorehabilitation and the ICF. *NeuroRehabilitation*, 36, 31–36.

Mashima, P. A. & Doarn, C. R. (2008). Overview of telehealth activities in speech–language pathology. *Telemedicine and e-Health*, 14(10), 1101–1117.

Mason, S. J., Harris, G. & Blissett, J. (2005). Tube feeding in infancy: implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia*, 20, 46–61.

McComish, C., Brackett, K., Kelly, M., Hall, C., Wallace, S. & Powell, V. (2016). Interdisciplinary feeding team: a medical, motor, behavioral approach to complex pediatric feeding problems. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(4), 230–236.

Merras-Salmio, L., Tuokkola, J., Strengell, K. & Ashorn, M. (2014). Sairaan lapsen ravitsemus. *Duodecim*, 130, 2254–2264.

Miller, C. K. (2009). Updates on pediatric feeding and swallowing problems. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 17, 194–199.

Miller, C. K., Burklow, K. A., Santoro, K., Kirby, E., Mason, D. & Rudolph, C. D. (2001). An interdisciplinary team approach to the management of pediatric feeding and swallowing disorders. *Children's Health Care*, 30(3), 201–218.

Miller, C. K. & Willging, J. P. (2003). Advances in the evaluation and management of pediatric dysphagia. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 11, 442–446.

Morris, S. E. & Klein, M. D. (2000). *Pre-feeding skills: a comprehensive resource for mealtime development* (2. painos). Therapy Skill Builders.

Motion, S., Northstone, K. & Emond, A. (2001). Persistent early feeding difficulties and subsequent growth and developmental outcomes. *Ambulatory Child Health*, 7, 231–237.

MTV Uutiset (2014). *Pienten lasten syömisongelmat yleisiä – syömishäiriöitä jo vauvoilla*. (Kotimaa 4.3.2014). Haettu 20.9.2018, saatavilla:

<https://www.mtvuutiset.fi/artikkeli/pienten-lasten-syomisongelmat-%20yleisia---syomishairioita-jo-vauvoilla/3052598#gs.2hpe54>

Mäntymaa, M., Luoma, I. & Puura, K. (2013). Miksi pienokaiseni ei syö? – Lastenpsykiatrinen näkökulma varhaislapsuuden syömishäiriöihin. *Duodecim*, 129, 697–703.

Mäntymaa, M., Luoma, I. & Tamminen, T. (2003). Tunteet, varhainen vuorovaikutus ja aivojen toiminnallinen kehitys. *Duodecim*, 119, 459–465.

Mäntymaa, M. & Tamminen, T. (1999). Varhainen vuorovaikutus ja psyykinen kehitys. *Duodecim*, 115, 2447–2453.

Määttä, P. (2001). *Perhe asiantuntijana: erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt* (2. painos). Jyväskylä: Atena Kustannus.

Nurkkala, A.-M. (2013) *Vanhempien kokemukset vastasyntyneen vauvan syömisongelmista ja puheterapeutin syömisohjauksesta*. Logopedian pro gradu –tutkielma. Humanistinen tiedekunta, Oulun yliopisto.

Nuutinen, M. (2000). Hoitoketju. *Duodecim*, 116, 1821–1828.

Näveri, A. (2015). *Ahdistusta, kiukkua ja valtataistelua? Vauvan syömispulmat kannattaa selvittää ajoissa*. YLE Uutiset: Terveys 6.5.2015. Haettu 20.9.2018, saatavilla: <https://yle.fi/uutiset/3-7975027>

Paul, D. & Roth, F. P. (2011). Guiding principles and clinical applications for speech-language pathology practice in early intervention. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42, 320–330.

Pesonen, A.-K. (2010). Varhainen vuorovaikutus on suotuisan psyykkisen kehityksen edellytys. *Duodecim*, 126, 515–520.

Poutiainen, E. (2011). Uusi terveydenhuoltolaki ja lääkinnällinen kuntoutus. *Kuntoutus*, 2, 3–4.

Prasse, J. E. & Kikano, G. E. (2009). An overview of pediatric dysphagia. *Clinical Pediatrics*, 48(3), 247–251.

Puheterapianimikkeistö (2017). *Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt*. Haettu 26.9.2018, saatavilla: <http://shop.kuntaliitto.fi/download.php?filename=uploads/puheterapianimikkeisto.pdf>

Raivio, R. (2017). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. *Duodecim*, 133, 1563–1569.

Ramsay, M. (2004). Feeding skill, appetite and feeding behaviours of infants and young children and their impact on growth and psychosocial development. *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 2004, 1–9.

Ramsay, M. & Gisel, E. G. (1996). Neonatal sucking and maternal feeding practices. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38, 34–47.

Roche, W. J., Eicher, P. S., Martorana, P., Berkwitz, M., Petronchak, J., Dzioba, J. & Vitello, L. (2011). An oral, motor, medical, and behavioral approach to pediatric fee-

ding and swallowing disorders: an interdisciplinary model. *Perspectives on Swallowing and Swallowing Disorders (Dysphagia)*, 20(3), 65–74.

Rogers, B. & Arvedson, J. (2005). Assessment of infant oral sensorimotor and swallowing function. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, 74–82.

Rommel, N., De Meyer, A.-M., Feenstra, L. & Veerman-Wauters, G. (2003). The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 37, 75–84.

Rudolph, C. D. & Link, D. T. (2002). Feeding disorders in infants and children. *Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 49(1), 97–112.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2017). Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa M. Hyvärinen, P. Nikander, & J. Ruusuvuori (toim.), *Tutkimushaastattelun käsikirja* (s. 39–65). Tampere: Vastapaino.

Saarivirta, T., Consoli, D. & Dhondt, P. (2010). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän ja sairaaloiden kehittyminen. *Kasvatus & Aika*, 3(4), 25–41.

Sanders, M. R., Patel, R. K., Le Grice, B. & Shepherd, R. W. (1993). Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem and non-problem eaters. *Health Psychology*, 12(1), 64–73.

Sellman, J. & Tykkyläinen, T. (2017). *Puheterapia: vuorovaikutus muutoksen välineenä*. Tampere: Vastapaino.

Sharp, W. G., Jaquess, D. L., Morton, J. F. & Herzinger, C. V. (2010). Pediatric feeding disorders: a quantitative synthesis of treatment outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 348–365.

Sharp, W. G., Volkert, V. M., Scahill, L., McCracken, C. E. & McElhanon, B. (2017). A systematic review and meta-analysis of intensive multidisciplinary intervention for

pediatric feeding disorders: how standard is the standard of care? *The Journal of Pediatrics*, 181, 116–124.

Smolander, S., Kunnari, S. & Laasonen, M. (2016). Näkökulmia kielellisten taitojen arviointiin ja kielellisen vaikeuden tunnistamiseen monikielisillä lapsilla. *Puhe ja kieli*, 36(1), 57–75.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoministeriö (2008). Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä*, 28, 1–172. Haettu 15.2.2019, saatavilla:
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72185/Selv200828.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Spagnola, M. & Fiese, B. (2007). Family routines and rituals: a context for development in the lives of young children. *Infants & Young Children*, 20(4), 284–299.

Stoner, J. B., Bailey, R. L., Angell, M. E., Robbins, J. & Polewski, K. (2006). Perspectives of parents/guardians of children with feeding/swallowing problems. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(4), 333–353.

Suomen puheterapeuttiliitto ry (2017). *Puheterapia perustason sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Haettu 12.11.2018, saatavilla:
https://puheterapeuttiliitto.fi/wp-content/uploads/2018/06/Peruspalvelu_kannanotto_2017.pdf

Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K. & Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349–359.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL (2013). *ICF: Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus* (6. painos). Tampere: Suomen Yliopistopaino. Haettu 8.4.2019, saatavilla:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/77744/ICF_2013_2503verkko.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Thompson, S. D., Bruns, D. A. & Rains, K. W. (2010). Picky eating habits or sensory processing issues? Exploring feeding difficulties in infants and toddlers. *Young Exceptional Children*, 13(2), 71–85.

Thoyre, S. M. (2007). Feeding outcomes of extremely premature infants after neonatal care. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36, 366–376.

Thoyre S. M., Shaker, C. S. & Pridham, K. F. (2005). The early feeding skills assessment for preterm infants. *Neonatal Network*, 24, 7–16.

Threats, T. T. (2006). Towards an international framework for communication disorders: use of the ICF. *Journal of Communication Disorders*, 39, 251–265.

Tommola, A. (2015). *Onko vauvasi sihtikurkku? Älä murehdi, näin hän oppii syömään.* (Vauva, 3.12.2015). Haettu 26.9.2018, saatavilla:
https://www.vauva.fi/artikkeli/lapsi/vauva_ja_taapero/onko_vauvasi_sihtikurkku_ala_murehdi_nain_han_oppii_syomaan

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. (2009). *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Helsinki: Tammi.

Turunen, E. T. (2015). *Vanhempien kokemus pienen lapsen syömisongelmista ja niiden puheterapeuttisesta kuntoutuksesta*. Logopedian pro gradu –tutkielma. Käyttäytymistieteiden laitos, Helsingin yliopisto.

Tutor, J. D. & Gosa, M. M. (2012). Dysphagia and aspiration in children. *Pediatric Pulmonology*, 47, 321–337.

Törölä, H. (2013). *Vocalisation and feeding skills in extremely preterm infants. An intensive follow-up from birth to first word and first step*. Acta Universitatis Ouluensis, B Humaniora 110. University of Oulu, Oulu.

Udall, J. N. (2007). Infant feeding: initiation, problems, approaches. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 37, 374–399.

Uher, R. & Rutter, M. (2012). Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 11, 80–92.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (2018). *Terveyttä ja iloa ruoasta – varhaiskasvatuksen ruokailusuositus*. Helsinki: Yliopistopaino. Haettu 26.11.2018, saatavilla:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135907/URN_ISBN_978-952-302-992-7.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Volkert, V. M. & Petula, C. M. V. (2010). Recent studies on feeding problems in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 43(1), 155–159.

Zimmerman, E. (2016). Pediatric dysphagia: a rise in preterm infants and a need for more formal training for speech-language pathologists. *International Journal of Gynecology, Obstetrics and Neonatal Care*, 3, 15–20.

LIITTEET

LIITE 1. Infokirje.

Hei!

Etsin perusterveydenhuollossa työskenteleviä puheterapeutteja haastateltavaksi logopedian pro gradu –tutkielmaani, joka käsittelee puheterapeuttien näkemyksiä lasten syömisvaikeuksien parissa työskentelystä perusterveydenhuollossa.

Tarkoitukseni on kartoittaa puheterapeuttien kokemuksia ja näkemyksiä siitä, millä tavoin lasten syömisvaikeuksien arviointi ja kuntoutus toteutuu perusterveydenhuollossa, millaisia valmiuksia puheterapeuteilla on työskennellä kyseisten lasten kanssa, millaisia menetelmiä on käytössä ja millaisia haasteita kohdataan. Aiheesta ei ole juurikaan aiempaa tutkimustietoa, koska sitä on aiemmin tutkittu vain vanhempien ja jonkin verran erikoissairaanhoidon kannalta, joten ajatuksenne ja näkemyksenne ovat tärkeitä!

Sovellutte haastattelututkimukseen, mikäli:

- Työskentelette perusterveydenhuollossa puheterapeuttina
- Teillä on kokemusta lasten syömisvaikeuksien parissa työskentelystä viimeisen vuoden sisällä

Haastattelun arvioitu kesto on noin yksi tunti, ja se toteutetaan haastateltavalle sopivana ajankohtana. Haastattelu voidaan toteuttaa pääkaupunkiseudulla missä vain on haastateltavalle helpointa, esimerkiksi haastateltavan työpaikalla tai Helsingin yliopiston tiloissa. Haastatteluiden on tarkoitus olla luonteeltaan keskustelunomaisia, joihin on ennalta valitut teemat. Haastattelut äänitetään ja muutetaan kirjalliseen muotoon aineiston analysointia varten. Äänitteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua keväällä 2019. Haastateltavien nimiä tai muita tunnistetietoja ei tutkimuksessa tule esille, ja kaikki tutkimuksen aikana saadut tiedot käsitellään anonymisti ja niin, ettei haastateltavia voida tutkimuksesta tunnistaa. Tutkimuksen tekoa varten olen saanut tutkimusluvut Espoon ja Helsingin kaupungilta.

Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä voi halutessaan milloin tahansa vetäytyä pois, jolloin annetut tiedot ja haastatteluaineisto hävitetään. Jos kiinnostuitte osallistumaan haastattelututkimukseen, otattehan yhteyttä sähköpostitse mahdollisimman pian! Kerron mielelläni lisätietoja tutkimuksesta.

Ystävällisin terveisin,
Alisa Haaman

Yhteydenotot:

Alisa Haaman
Logopedian opiskelija
sähköposti@helsinki.fi
puh. 040XXXXXXX

Professori Kaisa Launonen
Pro gradu -tutkielman ohjaaja
sähköposti@helsinki.fi

LIITE 2. Suostumuskirje.

Suostumuskirje haastateltavalle

Suostumus haastattelututkimukseen

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää perusterveydenhuollon puheterapeuttien näkemyksiä ja kokemuksia lasten syömisvaikeuksien parissa työskentelystä. Tutkimus toteutetaan haastattelemalla perusterveydenhuollossa työskenteleviä puheterapeutteja. Haastattelun muotona käytetään puolistrukturoitua teemahaastattelua, jonka avulla pyritään kartoittamaan millaisia kokemuksia puheterapeuteilla on lasten syömisvaikeuksien arvioinnista ja kuntoutuksesta, omasta roolista syömisvaikeuksien parissa, lapsen lähiympäristön ohjauksesta, sekä millaisia arviointi- ja kuntoutusmenetelmiä puheterapeuteilla on käytössään ja millaisia haasteita he ovat mahdollisesti kohdanneet.

Kaikki tutkimuksen aikana saadut tiedot käsitellään luottamuksellisesti. Haastattelu äänitetään ja muutetaan tekstimuodoksi, jossa haastateltavien antamat tiedot käsitellään niin, ettei yksittäisiä tietoja voida välittömästi tunnistaa. Haastatteluaineistoa käsittelee vain tutkimuksen tekijä. Kaikki haastatteluihin liittyvät tiedot ja aineisto hävitetään tutkimuksen valmistuttua viimeistään toukokuussa 2019.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja haastateltavana ymmärrän sen, että voin halutessani milloin tahansa vetäytyä pois tutkimuksesta, jolloin antamani tiedot ja haastatteluaineisto hävitetään. Tutkimuksen tekijä saa suostumuksellani äänittää haastattelutilanteen sekä säilyttää ja käyttää haastatteluaineistoa pro gradu -tutkielmassa luottamuksellisesti. Olen tietoinen tutkimuksen tarkoituksesta, vapaaehtoisuudesta ja suostun haastateltavaksi.

Suostumusasiakirjoja allekirjoitetaan kaksi (2) kappaletta, joista toinen jää haastateltavalle ja toinen tutkimuksen tekijälle.

Päivämäärä, haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Päivämäärä, tutkielman tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

Tutkielman tekijän yhteystiedot:

Alisa Haaman
sähköposti@helsinki.fi
puh. 040XXXXXXX

LIITE 3. Teemahaastattelurunko.

Haastattelurunko

Taustatiedot:

- Valmistuminen & mikä yliopisto?
- Työuran kesto puheterapeuttina: kuinka monta vuotta?
- Työkokemus perusterveydenhuollossa: kuinka monta vuotta?
- Työnkuva nykyisessä työpaikassa perusterveydenhuollossa

1. Lasten syömisvaikeudet perusterveydenhuollossa

- Esiintyvyys: Lasten syömisvaikeuksien ilmaantuvuus arviolta (viimeksi kulu-
neen vuoden sisällä), onko työurasi aikana esiintyvyydessä ilmennyt muutoksia?
- Lasten ikä: minkä ikäisillä lapsilla olet kohdannut syömisvaikeuksia?
- Syömisvaikeuksien ilmenemismuodot ja liitännäispulmat: tyypillisimmät vs.
harvinaisimmat, joita olet kohdannut?

2. Arviointi

- Syömisvaikeuksien arviointiprosessi perusterveydenhuollossa: miten arviointi
käytännössä etenee?
- Arviointimenetelmät perusterveydenhuollossa: miten arviointi toteutuu?
- Haasteet arvioinnissa?
- Vahvuudet arvioinnissa?

3. Kuntoutus ja lähiympäristön ohjaus

- Syömisvaikeuksien kuntoutusprosessi perusterveydenhuollossa: miten kuntoutus
käytännössä etenee ja toteutuu?
- Keinot ohjata lapsen lähiympäristöä?
- Kokemukset ohjauksesta syömisvaikeuksien parissa
- Tavoitteet ja haasteet ohjauksessa
- Kokemukset moniammatillisesta yhteistyöstä ja omasta ammattiroolista

4. Oma osaaminen ja valmiudet

- Yliopiston peruskoulutuksen antamat valmiudet: millaiset eväät koulutus antoi?
- Täydennyskoulutukset ja muut keinot kehittää omaa osaamista: miten kehität
omaa valmiuttasi työskennellä lasten syömisvaikeuksien parissa?
- Ajatukset ja kokemukset omasta valmiudesta työskennellä lasten syömisvai-
keuksien parissa
- Kokemus oman työn merkityksestä lasten syömisvaikeuksien parissa

Tuleeko vielä mieleen jotain sanottavaa aiheesta?